



Formación en Psicoterapias Cognitivas Contemporáneas

Modelos de Tercera Ola. Terapias contextuales

Fundación Foro

Formación en Psicoterapias Cognitivas Contemporáneas

Modelos Contextuales y Terapias de Tercera Ola

1. Fundamentos:

La Psicoterapia Cognitiva Conductual actualmente presenta una gran diversidad de modelos clínicos, existiendo en algunos casos grandes diferencias entre ellos. Es difícil hablar hoy de una escuela de terapia única o dominante. Si bien, las características básicas del modelo son comunes a todas, las particularidades tanto teóricas como técnicas muestran una variabilidad y riquezas significativas. En las últimas décadas, el crecimiento de la terapia cognitiva conductual en todo el mundo, como las diferentes adaptaciones que se hicieron del modelo, tanto para la utilización en diferentes problemáticas, en diversas poblaciones y en culturas distintas, llevó al desarrollo de un amplio grupo de tratamientos conocidos actualmente como terapias contextuales o de tercera generación con una fuerte base en el modelo conductual.

Hoy en día se ha resaltado la necesidad de reagrupar este gran número de terapias emergentes que se fundamentan en los principios del aprendizaje, estrategias de cambio basadas en la experiencia en relación al contexto. Estas terapias de Tercera Generación son las siguientes: Psicoterapia Analítico Funciona (FAP), Terapia Dialéctico-Comportamental (DBT), Terapia Integral de Pareja (IBCT), Terapia de Activación Conductual (BA / BATD), Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT), Reducción del Estrés Basado en Mindfulness (MBSR).

Asimismo, incluimos el Protocolo Transdiagnóstico para trastornos emocionales como una de las terapias basadas en modelos dimensionales de la psicopatología para el abordaje terapéutico. Desde un protocolo unificado, destinado a aumentar la motivación al cambio en los pacientes, está siendo una de las terapias con mayor investigación y validez empírica de los últimos años.

2. Objetivos:

Se espera que al terminar el curso los profesionales:

- Cuenten con una amplia mirada del campo de las psicoterapias contextuales.
- Reconozcan la importancia de cada modelo realizando un acercamiento teórico a cada uno de ellos.
- Adquieran conocimientos generales de las diferentes terapias y sus principales características de aplicación en el campo de la Salud Mental.
- Manejen las técnicas terapéuticas más significativas de los principales modelos contextuales.

3. Plan Didáctico:

Metodología: Se trabajará fundamentalmente con exposiciones teóricas y ejercicios prácticos.

Evaluación: Será a través de un examen múltiple choice.

4. Programa Sintético:

Unidad I: Introducción y recorrido histórico desde las terapias de primera y segunda generación hasta los modelos contextuales.

Unidad II: Modelos Contextuales o Tercera Generación o Tercera Ola.

Unidad III: Modelo Transdiagnóstico de Tratamiento. Protocolo Unificado.

5. Programa Analítico:

Unidad I: Primera y Segunda Ola en Terapias de la Conducta. Surgimiento del Conductismo en oposición al Psicoanálisis. Principales referentes de este movimiento de orientación conductista y las principales técnicas que viran desde la introspección hasta la observación del comportamiento problema de manera directa.

Unidad II: El pensamiento o cognición como principal responsable de la conducta y trastornos psicológicos hacia la intervención contextual, entendiendo por esto la comprensión de aquello que está en la base de estas técnicas terapéuticas, como los procesos psicológicos o mecanismos de cambio que encontramos en los diferentes modelos de psicoterapias contextuales.

Unidad III: Los modelos transdiagnósticos han surgido recientemente registrando avances significativos en el tratamiento de los trastornos emocionales. Este modelo propone una perspectiva innovadora centrándose en los aspectos comunes de dichos trastornos y de esta manera, en los procesos psicológicos que los sustentan.

6. Cronograma:

El criterio del dictado de la materia será flexible para adaptarse al ritmo particular de cada grupo. El cronograma aproximado es el siguiente:

Clase 1: Presentación de las Terapias de Tercera Generación. Las Tres Olas de las terapias de la conducta. Introducción a la Terapia Dialéctico Comportamental (DBT).

Clase 2: Introducción a la Terapia Analítico Funcional (FAP).

Clase 3: Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).

Clase 4: Modelo transdiagnóstico de tratamiento.

7. Bibliografía:

Unidad I:

- Mañas, I. (2007): *Nuevas Terapias Psicológicas. La Tercera Ola de Terapias de Conducta o Terapias de Tercera Generación*. Publicado en Gaceta de psicología N° 40, p-p 26-34.
- Soler, J. (2016): *Terapia Dialéctica Conductual: aplicaciones clínicas y evidencia empírica*. Publicado en Análisis y modificación de la conducta. Vol. 42, Nro 165-166, 35-49.

Unidad II:

- Ferro García, R. (2009): *La conceptualización de casos clínicos desde la Psicoterapia Analítico Funcional Terapias*. Publicado en Papeles del Psicólogo, vol. 30, N° 3, p-p 255-264.
- Luciano Soriano, C. (2002) *Terapia de Aceptación y Compromiso. Un tratamiento conductual basado en valores*. Caps. 1-4 . Pags 26-110.
- Luciano Soriano, C. (2006) *La Terapia de Aceptación y Compromiso. Fundamentos, características y evidencia* en Papeles del Psicólogo Vol. 27 (2) pp 79-91.
- Muñoz Martínez, A & Coletti, J. (2015): *La Psicoterapia Analítico Funcional: aproximaciones y alcances de una terapia conductual basada en los cambios dentro del contexto terapéutico*. Publicado en Vertex (Revista Argentina de Psiquiatría) Vol. XXVI, p-p 43-48.
- Reyes Ortega, M. & Kanter, J. (2017): *Psicoterapia Analítico Funcional. Cap: 2 “la teoría de la psicoterapia analítico funcional”*. Cap 3 “consciencia, valor y amor”. Colección Latinoamericana Contextual.

Unidad III:

- Barlow, et.al (2011): *Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales*. Manual del Paciente – Cap. 9 Módulo 4, Pags 105-115
- Facio, A. (2019): *Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales* en Investigaciones en Psicología, Vol.24 N° 2 pp 24-32.

NUEVAS TERAPIAS PSICOLÓGICAS: LA TERCERA OLA DE TERAPIAS DE CONDUCTA O TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN

Israel Mañas Mañas[\[1\]](#)

Universidad de Almería

[Publicado en *Gaceta de psicología*, N° 40, p-p 26-34]

INTRODUCCIÓN

Desde sus orígenes, a lo largo de su historia y aún en la actualidad, la denominada Terapia de Conducta se ha caracterizado por realizar una aproximación monista, directa, objetiva y racional al estudio del comportamiento humano. Una de las características que mejor define a esta aproximación es el hecho de estar intrínsecamente comprometida con el rigor científico y con el desarrollo de una tecnología basada en los principios o leyes del aprendizaje validados de forma empírica. La terapia de conducta se enmarca dentro de lo que se conoce como Análisis Experimental y Aplicado del Comportamiento (AEAP). El AEAP es el resultado del conjunto de datos obtenidos empíricamente a través de investigaciones tanto a nivel básico (análisis experimental) como aplicado (análisis aplicado) bajo la filosofía del Conductismo Radical Skinneriano.

Durante los últimos años, ha emergido un amplio número de terapias psicológicas desde la aproximación o tradición conductual (e.g., Borkovec y Roemer, 1994; McCullough, 2000; Marlatt, 2002; Martel, Addis y Jacobson, 2001; Roemer y Orsillo, 2002). Recientemente, Steven Hayes (2004a, b) ha resaltado la necesidad de reagrupar o reorganizar el gran número de terapias emergentes así como la dificultad que entraña incluirlas en alguna de las clasificaciones existentes en la actualidad. Por ello, este autor emplea la expresión “La Tercera Ola de Terapias de Conducta”, para referirse a un grupo específico de terapias, dentro de un amplio espectro de terapias surgidas recientemente desde la tradición conductual, que comparten algunos

elementos y características comunes. A este grupo de terapias surgidas durante la actual ola de terapias de conducta se las conoce como “Las Terapias de Tercera Generación” (en adelante TTG).

A continuación se presentan brevemente las clasificaciones realizadas por Hayes (2004a, b): Las tres diferentes “olas” de la terapia de conducta. Más tarde, se especifican el grupo de terapias conocido como TTG enmarcadas en la tercera ola de terapias de conducta subrayando, al mismo tiempo, que los principales fundamentos y técnicas de estas novedosas terapias están estrechamente relacionados con la filosofía y las prácticas de algunas tradiciones de origen milenario.

LA PRIMERA Y LA SEGUNDA OLA DE TERAPIAS DE CONDUCTA

En la mayoría de los casos, una determinada aproximación o movimiento emerge, en parte, con el propósito o la intención de dar solución a problemas que no son resueltos en un momento histórico y cultural determinado. En el ámbito de la psicología, esto lo podemos observar con relativa facilidad. Tomemos como ejemplo el surgimiento de un grupo de psicólogos a principios del ya siglo pasado XX, los llamados conductistas o psicólogos conductuales, en oposición al modelo freudiano o psicoanalítico que imperó desde finales del siglo XIX hasta bien adentrado el siglo XX. En este contexto cabe mencionar a J.B. Watson, considerado como el “padre” del conductismo y a B.F. Skinner, creador del conductismo radical también denominado conductismo radical skinneriano. Los resultados aplicados provenientes de la tradición conductual, cuyo exponente principal fue el Análisis Aplicado del Comportamiento, conformó la denominada “**Primera Ola**” de las Terapias de Conducta.

El principal propósito e interés de esta primera ola o movimiento fue el de romper y superar las limitaciones e inconvenientes de las tradicionales posiciones clínicas imperantes en ese momento: principalmente, las del modelo psicoanalítico. Como alternativa, y en contraste con el modelo vigente, enfatizaron la necesidad de crear una aproximación clínica cuya teoría y tecnología estuvieran, ambas, basadas en los principios y las leyes del comportamiento humano establecidas científicamente. Como consecuencia de ello, en lugar de apelar a variables o constructos de tipo hipotético o intrapsíquico tales como los conflictos del inconsciente o el complejo de Edipo como causas de los problemas psicológicos, se identificaron otras variables

tales como las contingencias de reforzamiento o el control discriminativo de ciertos estímulos sobre la conducta. Y, en contraste con el empleo de técnicas como la interpretación de los sueños, la hipnosis o la introspección, la terapia de conducta emergente se focalizó directamente sobre el comportamiento problema o clínico de forma directa, es decir, basándose en los principios del condicionamiento y del aprendizaje. A este nuevo proceder clínico basado en el manejo directo de contingencias con objetivos clínicos claramente definidos tales como la conducta observable, se ha denominado cambios de “primer-orden”.

No obstante, y a pesar del avance que supuso esta primera ola de la terapia de conducta, ni el modelo del aprendizaje asociacionista o paradigma estímulo-respuesta (el conductismo inicial watsoniano) ni el análisis experimental de la conducta (el conductismo radical skinneriano) fueron eficaces en el tratamiento de determinados problemas psicológicos que presentaban los adultos. Estas dificultades, unidas al hecho de que ninguna de estas aproximaciones ofreció un análisis empírico adecuado del lenguaje y la cognición humana supuso, como en el caso anterior, un punto de inflexión cuya expresión una vez más, se desarrolló a través de un segundo movimiento u ola: la denominada “**Segunda Ola**” de terapias de conducta o “Terapias de Segunda Generación”.

Lo que caracterizó en esta ocasión a esta segunda ola de terapias, surgida en la década de los 60, fue el hecho de considerar al pensamiento o a la cognición como causa principal de la conducta y, por ende, como causa y explicación de los fenómenos y trastornos psicológicos. Aunque esta nueva ola de terapias, que pueden ser agrupadas bajo el vasto umbral de las denominadas Terapias Cognitivo-Conductuales, mantuvieron (y aún lo hacen) las técnicas centradas en el cambio por contingencias o de primer-orden (generadas por la primera ola de terapias), las variables de interés por excelencia fueron trasladadas a los eventos cognitivos considerándolos, ahora, como la causa directa del comportamiento y, por tanto, transformándose el pensamiento en el objetivo principal de intervención. Como consecuencia de ello, tanto la variable de análisis así como los objetivos perseguidos y muchas de las técnicas, se centraron primordialmente en la modificación, eliminación, reducción o, en la alteración, en cualquiera de sus formas, de los eventos privados. En este contexto, entendemos por eventos privados tanto a las cogniciones o pensamientos propiamente dichos, así como también al conjunto de emociones, recuerdos, creencias o, por ejemplo, las propias sensaciones corporales

que una persona tiene (véase por ejemplo, Hayes, Stroschal y Wilson, 1999; Luciano y Hayes, 2001) .

En resumen, la asunción o premisa general que se estableció durante este periodo se puede resumir del siguiente modo: Si la causa de la conducta es el pensamiento (o emoción, esquema mental, creencia, etc.), se ha de cambiar el pensamiento (o la emoción, el esquema, la creencia o lo que fuere) para cambiar la conducta. Esta asunción o premisa fundamental es compartida por la mayoría de las personas en nuestra cultura, es decir, la lógica subyacente de las terapias de la segunda generación está ampliamente difundida y potenciada en nuestro contexto más inmediato. Esta planteamiento o *filosofía* se adapta perfectamente, es más configura y determina, lo establecido socialmente como correcto o lo que ha de hacerse dadas ciertas circunstancias; y, sobre todo, con los modos de hablar y explicar que tienen las personas en nuestra sociedad, con el modelo médico o psiquiátrico y, por tanto, con la idea de “enfermedad mental” y con la actual industria farmacológica.

Otra de las conclusiones, o más bien una consecuencia que se deriva del planteamiento o la *filosofía* anterior, es considerar que todo aquello que genere malestar o nos produzca dolor ha de ser rápidamente erradicado o eliminado a través de todos los medios disponibles; especialmente, enfatizando el empleo de estrategias o técnicas de control (tales como la eliminación, supresión, evitación, sustitución, etc.) de los eventos privados. Como resultado de ello, una persona puede generar un patrón rígido de actuación centrado básica y exclusivamente en la continua evitación de sus eventos privados, limitando drásticamente su vida con ello. Esto último puede ocurrir, y de hecho ocurre muy frecuentemente, a pesar de estar haciendo aparentemente lo que ha de hacerse, lo que la sociedad ha potenciado, lo que el sentido común nos dice: “...he de eliminar todo aquello que me produzca malestar o dolor y sentirme bien todo el tiempo”; el problema no se soluciona y se genera mayor sufrimiento. A este patrón inflexible de actuación centrado en la evitación de los eventos privados, limitando con ello la vida de la persona, se le ha denominado Trastorno de Evitación Experiencial o TEE (véase, Luciano y Hayes, 2001; Luciano, Rodríguez y Gutiérrez, 2004; Wilson y Luciano, 2002). El TEE está conceptualizado desde una perspectiva analítica-funcional como una alternativa o un diagnóstico funcional en contraste con las conceptualizaciones topográficas y mecanicistas imperantes en la actualidad, en especial con las del DSM. En ocasiones, se ha relacionado el

TEE con la carencia de “flexibilidad cognitiva” o, dicho de otro modo, con un estado de “fusión cognitiva” con los eventos privados.

Dentro del amplio abanico de terapias de segunda generación se encuentran las más estandarizadas y utilizadas actualmente, tales como la Terapia Cognitiva de Beck para la Depresión (e.g., Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979), la Terapia Racional Emotiva de Ellis (e.g., Ellis y MacLaren, 1998), la Terapia de Autoinstrucciones de Meichenbaum (e.g., Meichenbaum, 1977), así como a multitud de paquetes de tratamiento programados o estandarizados amparados, la mayoría de ellos, bajo la rúbrica de terapias cognitivo-conductuales. Aunque estas terapias han resultado efectivas en el tratamiento de múltiples problemas psicológicos, lo cierto es que aún quedan muchos problemas sin resolver. Algunos de estos problemas giran en torno a lo que realmente es efectivo dentro del conjunto de técnicas que emplean las terapias de segunda generación. Esto se advierte fácilmente si tenemos en cuenta que estas terapias continúan empleando las técnicas y procedimientos generados por las terapias de la primera generación (cambios de primer-orden), por lo que resulta difícil contrastar el valor real y efectivo que de forma independiente podrían tener aquellos elementos o componentes novedosos que utilizan. Es más, la efectividad de estas terapias se ha relacionado más con los componentes conductuales que con los componentes cognitivos propiamente dichos.

Otra de las limitaciones más importantes de las terapias de segunda generación son los datos experimentales disponibles actualmente que indican precisamente que los intentos de control, reducción o eliminación de los eventos privados (justamente objetivos de intervención explícitos desde estas terapias) producen paradójicamente, y en muchos de los casos, efectos contrarios o efectos rebote. Entre estos efectos se han descrito notables incrementos tanto en la intensidad, frecuencia, así como en la duración, e incluso, en la accesibilidad a los eventos privados no deseados (e.g., Cioffi y Holloway, 1993; Gross y Levenson, 1993, 1997; Gutiérrez, Luciano, Rodríguez y Fink, 2004; Sullivan, Rouse, Bishop y Johnston, 1997; Wegner y Erber, 1992). Estos datos, suponen un claro desafío a los propios principios y asunciones en las cuales están fundamentadas las terapias de segunda generación, atentan y vulneran sus propios cimientos o filosofía de base.

En resumen, Hayes (2004a, b) ha subrayado algunas de las principales razones que han

propiciado la emergencia (una vez más) de una nueva ola de terapias de conducta: La denominada “Tercera Ola de Terapias de Conducta” o las “Terapias de Tercera Generación”. Entre ellas cabe destacar las siguientes: (i) el desconocimiento sobre el por qué resultan exitosas o efectivas o, por el contrario, el por qué fracasan las terapias cognitivas actuales; (ii) la gran cantidad de resultados recientes de numerosas investigaciones básicas sobre el lenguaje y la cognición desde una perspectiva analítica-funcional y; (iii) el hecho de que actualmente existan concepciones y modelos cuya aproximación mantienen una perspectiva radicalmente funcional al comportamiento humano.

LA TERCERA “OLA” DE TERAPIAS DE CONDUCTA O TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN

En los últimos 10-12 años un nuevo grupo de terapias ha emergido desde la tradición conductual. En palabras de Hayes (2004a, b), la tercera generación de terapias de conducta ha sido definida del siguiente modo:

«Fundamentada en una aproximación empírica y enfocada en los principios del aprendizaje, la tercera ola de terapias cognitivas y conductuales es particularmente sensible al contexto y a las funciones de los fenómenos psicológicos, y no sólo a la forma, enfatizando el uso de estrategias de cambio basadas en la experiencia y en el contexto además de otras más directas y didácticas. Estos tratamientos tienden a buscar la construcción de repertorios amplios, flexibles y efectivos en lugar de tender a la eliminación de los problemas claramente definidos, resaltando cuestiones que son relevantes tanto para el clínico como para el cliente. La tercera ola reformula y sintetiza las generaciones previas de las terapia cognitivas y conductuales y las conduce hacia cuestiones, asuntos y dominios previa y principalmente dirigidos por otras tradiciones, a la espera de mejorar tanto la comprensión como los resultados».

Según esta definición, las terapias de tercera generación provienen de la tradición de la terapia del comportamiento pero estas nuevas terapias se diferencian con respecto a las anteriores generaciones de terapias de conducta en: (i) abandonan el compromiso de utilizar

exclusivamente cambios de primer-orden; (ii) adoptan asunciones de corte más contextualista; (iii) utilizan estrategias de cambio más experimentales por la persona en lugar de emplear exclusivamente estrategias de cambio de primer-orden o directas y, (iv) amplían y modifican de forma considerable el objetivo a tratar o cambiar (Hayes, 2004b).

Este último punto resulta especialmente interesante. Estas nuevas terapias no se centran en la eliminación, cambio o alteración de los eventos privados (especialmente la cognición o el pensamiento) con el objetivo de alterar o modificar la conducta de la persona. En lugar de esto, se focalizan en la alteración de la función psicológica del evento en particular a través de la alteración de los contextos verbales en los cuales los eventos cognitivos resultan problemáticos (e.g., Hayes et al., 1999; Luciano et al., 2004). Quizás por ello, en algunas ocasiones, podría resultar un poco contra-intuitivo o contra-cultural el trabajar con este tipo de terapias, donde se le hace ver a la persona (a través de metáforas, paradojas, ejercicios experienciales, entre otras técnicas) que los intentos de control que mantiene sobre sus eventos privados, lo que cree que ha de hacerse -lo que socialmente está considerado como correcto-, no es la solución de su problema sino que, y paradójicamente, dichos intentos de control forman parte intrínseca del problema mismo.

Otra de las diferencias con respecto a las terapias de la primera y segunda generación es la filosofía en las cuales estas nuevas terapias están basadas: son contextualistas en lugar de mecanicistas. Esta filosofía contextualista está basada en una variedad de pragmatismo conocida como el contextualismo funcional (e.g., Biglan y Hayes, 1996; Hayes, Hayes y Reese, 1988; Pepper, 1942). Las asunciones básicas de esta filosofía son: focalizarse en un evento de forma holística, es decir, como un todo; ser sensible al papel del contexto para la comprensión y análisis de la naturaleza y función de un evento; enfatizar el criterio de verdad pragmático y; especificar las metas u objetivos científicos los cuales son aplicados bajo dicho criterio de verdad pragmática (véase por ejemplo Hayes, 1993). En psicología, el contextualismo funcional ha sido desarrollado explícitamente como una filosofía de la ciencia (e.g., Gifford y Hayes, 1999; Hayes, 1993).

El grupo de terapias que conforman la tercera generación de terapias de conducta son las siguientes: La **Terapia de Aceptación y Compromiso** (*Acceptance and Commitment Therapy* o ACT; Hayes et al., 1999; Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006; Hayes y Strosahl, 2004;

Hayes y Wilson, 1994; Luciano, 1999; Luciano, 2001; Luciano y Valdivia, 2006; Wilson y Luciano, 2002), la **Psicoterapia Analítica Funcional** (*Functional Analytic Psychotherapy* o FAP; Kohlenberg y Tsai, 1991; Kohlenberg et al., 2005; Luciano, 1999), la **Terapia de Conducta Dialéctica** (*Dialectical Behavior Therapy* o DBT; Aramburu, 1996; Linehan, 1993a y b), la **Terapia Integral de Pareja** (*Integrative Behavioral Couples Therapy* o IBCT; Jacobson y Christensen, 1996; Jacobson, Christensen, Prince, Cordova y Eldridge, 2000) y la **Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness** para la depresión (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy* o MBCT; Scherer-Dickson, 2004; Segal, Teasdale y Williams, 2004; Segal, Williams, y Teasdale, 2002).

Estas terapias contextuales han sido aplicadas a una gran variedad de problemas psicológicos. Tomemos como ejemplo a la Terapia de Aceptación y Compromiso o ACT, debido al hecho de ser la más completa de las TTG y por ser la única que está íntimamente relacionada con una moderna teoría que aborda el estudio del lenguaje y la cognición humana. Esta teoría es conocida como la Teoría del Marco Relacional (Relational Frame Theory o RFT: Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001). La ACT ha sido aplicada con eficacia en problemas tan diversos como: ansiedad, alcoholismo, trastornos alimentarios, dolor crónico, trastornos obsesivos compulsivos, fobia social, consumo de drogas, en problemas psico-oncológicos, depresión, esquizofrenia y brotes psicóticos, trastornos de la personalidad, estrés laboral, esclerosis múltiple, diabetes, problemas de hiper-sexualidad, en tricotilomanía, en epilepsia, en casos de burnout, en violencia de pareja, en estados post-operatorias o, por ejemplo, para la mejora del rendimiento ajedrecístico o de actividades deportivas, entre otros^[2].

En cuanto a la evidencia empírica sobre la efectividad de esta terapia, a través de ensayos clínicos controlados, se ha demostrado que la ACT es más efectiva, por ejemplo, comparándola con tratamientos o terapias cognitivas validadas empíricamente, con condiciones placebo y listas de espera (véase diferentes revisiones en Hayes, 2004b; Hayes, Masuda, Bissett, Luoma y Guerrero, 2004; Hayes y Strosahl, 2004).

De forma general, podría decirse que la característica esencial o definitoria de este nuevo grupo de terapias es el énfasis que le otorgan a variables, cuestiones o asuntos que tradicionalmente han sido menos investigados, en la mayoría de los casos obviados totalmente y, en otros muchos, rechazados de forma directa desde el tradicional análisis clínico y experimental del comportamiento. Dicho de otro modo, las TTG conectan directamente con

otras terapias o aproximaciones no-científicas de corte más experiencial y existencialistas (e.g., Pérez-Álvarez, 2001). De forma más específica, algunas de estas cuestiones, o nuevas variables de interés consideradas en las TTG se refieren o conectan directamente con: procesos relacionados directamente con la aceptación psicológica; los valores, tanto de la persona o cliente como los del propio terapeuta; un proceder dialéctico durante el curso de la terapia; cuestiones relacionadas con la espiritualidad y la transcendencia; asuntos que tratan o abordan directamente el “Yo” o el “Self” y el autoconocimiento; el estar en contacto con el momento presente -aquí y ahora- o, por ejemplo, la importancia concedida a la relación terapeuta-cliente. Es decir, las nuevas terapias de conducta están abarcando o centrándose en variables, asuntos y tópicos que principal y tradicionalmente han sido propias y exclusivas de aproximaciones de corte más cognitivo y humanista-existencial. Este tipo de relaciones han sido establecidas en reiteradas ocasiones (e.g., Hayes et al., 1999; Luciano, 2001; Pérez-Álvarez, 2001; Wilson y Luciano, 2002).

Los métodos de intervención y técnicas que utilizan las TTG se basan frecuentemente en la experimentación por parte de los clientes, es decir, son técnicas más experimentales -en el sentido de experimentar, sentir, vivir en uno mismo- que didácticas o directas, como en el caso de las terapias de la primera y segunda generación. Entre las diversas técnicas (ejercicios experienciales, historias, paradojas, metáforas, etc.) caben destacar las de mindfulness y las de distanciamiento cognitivo o *cognitive defusion* (véanse los trabajos, Hayes, 2004a; Hayes et al., 2004; Masuda, Sackett y Twohig, 2004; Roemer y Orsillo, 2002; Segal et al., 2002; Segal et al., 2004; Vallejo, 2006). En otras palabras, las nuevas terapias de conducta o TTG, utilizan técnicas o procedimientos de intervención más in-directos en lugar de limitarse exclusivamente al uso de técnicas basadas en cambios de primer-orden o técnicas directas, como siempre se había hecho hasta la actualidad. El uso de estas técnicas, supone quizás el salto más cualitativo, en cuanto a la tecnología se refiere, de esta nueva generación de terapias.

Recientemente, las TTG han sido estrechamente relacionadas con determinadas prácticas orientales de origen milenario tales como el Budismo, el Taoísmo o el Sufismo; especialmente en torno a la lógica del por qué funcionan y por qué esta lógica es compartida por diferentes tradiciones espirituales (e.g., Mañas, 2006; Mañas y Sánchez, 2006). Entre otras, la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Terapia de Conducta Dialéctica, han sido

relacionadas explícitamente con los principios o la filosofía del Budismo Zen (e.g., Gómez, 2006a y b; Hayes, 2002; Robins, 2002). No obstante, sería más preciso afirmar que los principios del Budismo Zen, y de la filosofía Budista en general, han sido relacionados, o más bien utilizados, por las TTG y, que además, las TTG han incorporado las técnicas o la tecnología proveniente del Budismo en la práctica clínica, especialmente lo que comúnmente se conoce como meditación (e.g., Kumar, 2002; Logsdon-Conradsen, 2002; Marlatt, 2002; Robins, 2002; Silva, 1984; Toneatto, 2002) que ha sido tratada en muchos casos, y quizás de forma errónea, como una técnica de mindfulness.

Aún queda mucho por hacer, sobre todo en el sentido de dar explicación —esto es, desde un punto de vista científico— a los procesos psicológicos o mecanismos de cambio que están a la base de estas técnicas, como la meditación o las técnicas de mindfulness. Lo que sí parece cierto es que existe una confluencia desde diferentes perspectivas o tradiciones en cuanto a lo que ha de hacerse para solucionar los problemas humanos, incluyendo a las tradiciones de origen milenario y las modernas terapias de tercera generación (Mañas y Sánchez, 2006). No deberíamos pasar por alto, que estos planteamientos no se circunscriben exclusivamente al terreno de la psicología ni al de las prácticas de origen milenario, sino también y sobre todo actualmente, podemos encontrarlos descritos de forma implícita o explícitamente, en una cantidad ingente de libros de autoayuda y crecimiento personal que están señalando hacia la misma cuestión: el lenguaje (el pensamiento) como el agente causal del sufrimiento humano y la generación de repertorios conductuales (discriminaciones específicas) para solucionar los problemas. La solución, lo que ha de hacerse, es interferir o alterar de algún modo el flujo del pensamiento, es decir, más que alterar la forma del pensamiento (su contenido) se trataría de alterar el flujo o el surgimiento del pensar mismo. La alteración del propio movimiento del pensar se produce a través de un descondicionamiento progresivo de cierta estimulación y de un condicionamiento progresivo hacia otra y, este descondicionamiento y posterior condicionamiento, puede programarse como ocurre en el caso de la meditación (Mañas, 2006). En un sentido estricto, nuestra cultura no ha propiciado o generado ciertas discriminaciones específicas de forma más explícita como podrían ser el discurrir de las emociones y pensamientos en nuestro interior, en nosotros mismos. Desde un punto de vista filogenético, quizás estas discriminaciones no hayan sido relevantes para la supervivencia de la especie, o al menos no lo han sido hasta hace relativamente poco tiempo. Por tanto, generalmente, las

personas sin un entrenamiento previo –por ejemplo, a través de la práctica de la meditación- no las discriminan, es decir, no nos percatamos del proceso puramente automatizado y mecánico que acontece en nosotros o, mejor apuntado, en *aquello* en lo que nos convertimos nosotros. Como consecuencia de ello, creemos que somos aquello que pensamos, que somos aquello que sentimos. Dicho de otro modo, me identifico con mi pensamiento creyendo que esa *voz*, que ese discurso constante que acontece en mí, soy yo mismo. ¿Es posible un estado de ausencia de pensamiento?, en tal caso, ¿dónde estás tú cuando no hay pensamiento? ¿Eres tú -la sensación que tienes de ti mismo- algo diferente del proceso de tu pensar, del proceso de tu sentir? Lo que las TTG proponen, y en ocasiones logran a través de sus técnicas, consiste básicamente en lo mismo que lo divulgado y practicado durante milenios por otras culturas y tradiciones.

El desafío está servido: ¿Qué nos deparará la ciencia actual sobre estas cuestiones? ¿Qué ‘nuevo’ paradigma estamos creando?

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aramburu, B. (1996). La terapia dialéctica conductual para el trastorno límite de la personalidad. *Psicología Conductual*, 4, 123-140.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.
- Borkovec, T.D. y Roemer, L. (1994). Generalized anxiety disorder. En R.T. Ammerman y M. Hersen (Eds.), *Handbook of prescriptive treatments for adults* (pp. 261-281). New York: Plenum.
- Biglan, A. y Hayes, S.C. (1996). Should the behavioral sciences become more pragmatic? The case for functional contextualism in research on human behavior. *Applied and Preventive psychology: Current Scientific Perspectives*, 5, 47-57.
- Cioffi, D. y Holloway, J. (1993). Delayed costs of suppressed pain. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 274-282.
- De Silva, P. (1984). Buddhism and behaviour modification. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 661-678.
- Ellis, A. y MacLaren, C. (1998). *Rational-emotive behavior therapy: A therapist's guide*. California: Impact Publishers.
- Gómez, S. (2006a, septiembre). *Budismo y terapia de aceptación y compromiso. Similitudes y diferencias*. Comunicación presentada en el 8th Internacional Congress on Behavior Studies. Santiago de Compostela, España.
- Gómez, S. (2006b, julio). *Buddhism and ACT*. Comunicación presentada en la Second World

Conference on ACT, RFT and Contextual Behavioural Science. Londres, Reino Unido.

- Guifford, E.V. y Hayes, S.C. (1999). Functional contextualism: A pragmatic philosophy for behavioral science. En W. O'Donohue y R. Kitchener (Eds.), *Handbook of Behaviorism* (pp. 285-327).
- Gutiérrez, O., Luciano, M.C., Rodríguez, M. y Fink, B. (2004). Comparison between an acceptance-based and a cognitive-control-based protocol for doping with pain. *Behavior Therapy*, 35, 767-783.
- Gross, J.J. y Levenson, R.W. (1993). Emotional suppression: Physiology, self-report, and expressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 970-986.
- Gross, J.J. y Levenson, R.W. (1997). Hiding feelings. The acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 95-103.
- Hayes, S.C. (1993). Goals and varieties of scientific contextualism. In S.C. Hayes, L.J. Hayes, H.W. Reese y T.R. Sarbin (Eds.), *The varieties of scientific contextualism* (pp. 11-27). Reno, NV: Context Press.
- Hayes, S.C. (2002). Buddhism and acceptance and commitment therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 58-66.
- Hayes, S.C. (2004a). Acceptance and commitment therapy and the new behaviour therapies. En S.C. Hayes, V.M. Follette y M.M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition* (pp. 1-29). Nueva York: The Guilford Press.
- Hayes, S.C. (2004b). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S.C., Follette, V.M. y Linehan, M.M. (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition*. New York: The Guilford Press.
- Hayes, S.C., Barnes-Holmes, D. y Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Plenum Press.
- Hayes, S.C., Hayes, L.J. y Reese, H.W. (1988). Finding the philosophical core: A review of Stephen C. Popper's World Hypotheses. *Journal of Experimental Analysis of Behavior*, 50, 87-111.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A. y Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S.C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J. y Guerrero, L.F. (2004). DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy*, 35, 35-54.
- Hayes, S.C. y Strosahl, K.D. (2004). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer-Verlag.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. y Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: The Guilford Press.
- Hayes, S.C. y Wilson, K.G. (1994). Acceptance and commitment therapy: Altering the verbal support for experiential avoidance. *The Behavior Analyst*, 17, 289-303.

- Jacobson, N.S. y Christensen, A. (1996). *Integrative couple therapy: Promoting acceptance and change*. New York: Norton.
- Jacobson, N.S., Christensen, A., Prince, S.E., Cordova, J. y Eldridge, K. (2000). Integrative behavioral couple therapy: An acceptance. Based, promising new treatment for couple discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 351-355.
- Kohlenberg, R.J. y Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum.
- Kohlenberg, R.J., Tsai, M., Ferro, R., Valero, L., Fernández, A. y Virués, J. (2005). Psicoterapia analítico-funcional y terapia de aceptación y compromiso: Teoría aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 1, 349-371.
- Kumar, S.M. (2002). An introduction to Buddhism for the cognitive-behavioral therapist. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 40-43.
- Linehan, M.M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Linehan, M.M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Luciano, M.C. (1999). La psicoterapia analítica funcional (FAP) y la terapia de aceptación y compromiso (ACT). *Análisis y Modificación de Conducta*, 25, 497-584.
- Luciano, M.C. (2001). Sobre el trastorno de evitación experiencial (TEE) y la terapia de aceptación y compromiso (ACT). En C. Luciano (Ed.), *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Libro de casos* (pp- 3-18). Valencia: Promolibro.
- Luciano, M.C., y Hayes, S.C. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *Revista Internacional de psicología y de la Salud*, 1, 109-157.
- Luciano, M.C., Rodríguez, M. y Gutiérrez, O. (2004). A proposal for synthesizing verbal contexts in experiential avoidance disorder and acceptance and commitment therapy. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 377-394.
- Luciano, M.C. y Valdivia, M.S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27, 79-91.
- Logsdon-Conradsen, S. (2002). Using mindfulness meditation to promote holistic health in individuals with HIV/AIDS. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 67-72.
- Mañas, I. (2006). *Meditación y pensamiento: Disolución y supervivencia del "Yo"*. Comunicación presentada en el 8th Internacional Congress on Behavior Studies. Santiago de Compostela, España.
- Mañas, I. y Sánchez, L.C. (2006). *Prácticas orientales y terapias contextuales*. Comunicación presentada en el 8th Internacional Congress on Behavior Studies. Santiago de Compostela, España.
- Marlatt, G.A. (2002). Buddhist philosophy and the treatment of addictive behavior.. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 44-49.

- Martell, C. R., Addis, M. E. y Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New York: W.W. Norton.
- Masuda, A., Hayes, S.C., Sackett, C.F. y Twohig, M.P. (2004). Cognitive defusion and negative self-relevant thoughts: Examining the impact of a ninety-year-old technique. *Behavior Research and Therapy*, 42, 477-485.
- Meichenbaum, D.H. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*. New York: Plenum.
- McCullough, J.P. (2000). *Treatment for chronic depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)*. New York: The Guilford Press.
- Pepper, S.C. (1942). *World hypotheses: A study in evidence*. Berkeley: University of California Press.
- Pérez-Álvarez, M. (2001). Afinidades de las nuevas terapias. *International Journal of Health and Clinical Psychology*, 1, 15-23.
- Robbins, C.J. (2002). Zen principles and mindfulness practice in dialectical behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 50-57.
- Roemer, L. y Orsillo, S.M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 54-68.
- Scherer-Dickson, N. (2004). Current developments of metacognitive concepts and their clinical implications: mindfulness-based cognitive therapy for depression. *Counselling Psychology Quarterly*, 17, 223-234.
- Segal, Z.V., Teasdale, J.D. y Williams, J. M.G. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy: Theoretical rationale and empirical status. En S.C. Hayes, V.M. Follette y M.M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition* (pp. 45-65). Nueva York: The Guilford Press.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G. y Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: The Guilford Press.
- Sullivan, M.J.L., Rouse, D., Bishop, S. y Johnston, S. (1997). Thought suppression, catastrophizing and pain. *Cognitive Therapy and Research*, 21, 555-568.
- Toneatto, T. (2002). A metacognitive therapy for anxiety disorders: Buddhist psychology applied. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 72-78.
- Vallejo, M.A. (2006). Mindfulness. *Papeles del Psicólogo*, 27, 92-99.
- Wegner, D.M. y Erber, R. (1992). The hyperaccessibility of suppressed thoughts. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 903-912.
- Wilson, K.G. y Luciano, M.C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

[1] Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Universidad de Almería. Ctra. de Sacramento s/n. 04120, La Cañada de San Urbano, Almería (España)

Teléfono: 950 015 819 / Fax: 950 015 471 E-mail: imanas@ual.es

[2] Se omiten del texto las referencias bibliográficas específicas. El lector interesado puede solicitarlas al autor del

Terapia Dialéctica Conductual: aplicaciones clínicas y evidencia empírica

Joaquim Soler ^{1,2}, Matilde Elices ^{1,2,3}, Cristina Carmona ¹

¹ *Servicio de Psiquiatría. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España.*

² *Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM).*

Institut d'Investigació Biomèdica - Sant Pau (IIB-Sant Pau).

³ *Programa de Cognición. Facultad de Psicología. Universidad de la República, Uruguay.*

RESUMEN

La Terapia Dialéctica Conductual (TDC) es un tratamiento desarrollado para pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). En la TDC se combinan técnicas de terapia de la conducta con principios de aceptación de la realidad derivados del Zen y de la filosofía dialéctica. La TDC es una terapia multi-modal que incluye 4 componentes: terapia individual, entrenamiento grupal en habilidades, soporte telefónico y un grupo de consulta para los terapeutas. Como lo demuestran distintos ensayos clínicos controlados y aleatorizados, la TDC es hoy en día el único tratamiento para el TLP que ha sido suficientemente investigado como para considerarse basado en la evidencia. La TDC también ha sido adaptada para el tratamiento de otras patologías vinculadas a la disregulación emocional, lo que ha contribuido a ampliar su aplicación a otras poblaciones clínicas. En este sentido, el entrenamiento en habilidades también se aplica como componente único de tratamiento, acumulando cada vez más evidencia en relación a su eficacia. En el presente artículo se exponen los principios básicos de la terapia y se realiza una revisión de sus aplicaciones clínicas y así como de la evidencia empírica disponible hasta el momento.

Palabras clave: Terapia Dialéctica Conductual; evidencia empírica; aplicaciones.

ABSTRACT

Dialectical Behavior Therapy (DBT) is a treatment developed for patients with borderline personality disorder diagnosis (BPD). DBT combines behavior therapy with reality acceptance principles derived from Zen and dialectical philosophy. DBT is a multi-modal treatment with 4 components: individual therapy, skills training, phone consultation and consultation team for therapists. Today, there are several randomized controlled clinical trials proving enough evidence as to consider that DBT is an empirically based treatment for BPD. DBT has also been adapted for the treatment of other clinical populations characterized by emotional dysregulation. The skills training component of the therapy has begin to be used as a stand-alone treatment and evidence in regard to its efficacy is still growing. In this article we resume the principles and structure of DBT and review its clinical applications and empirical data.

Keywords: Dialectical Behavior Therapy; empirical evidence; applications.

Correspondencia: J. Soler. Servicio de Psiquiatría, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau y Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM. Av. Sant Antoni M^a Claret 167, 08025 Barcelona. España. Tel.: +34 93 553 78 40. Fax: +34 93 553 78 42. Correo electrónico: jsolerri@santpau.cat.

Principios y estructura de la terapia dialéctica conductual

La terapia dialéctica conductual (TDC; Linehan, 1993a) es un tratamiento desarrollado por Marsha M. Linehan para pacientes con múltiples conductas suicidas y diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (TLP). El TLP es un trastorno severo, con una tasa de mortalidad del 8-10 % y caracterizado por una gran disregulación emocional, frecuentemente acompañada de una alta impulsividad y problemas en las relaciones interpersonales (American Psychiatric Association, 2013). Consecuentemente el TLP conlleva una elevada incapacidad funcional y se asocia a elevados costes para los servicios sanitarios.

Aunque existen actualmente varias formas de psicoterapia que se han mostrado eficaces para el tratamiento del TLP, es la TDC, con 11 estudios controlados y más de 570 pacientes aleatorizados en estos, la terapia que cuenta con mayor evidencia empírica hasta la fecha (Stoffers et al., 2012). En este sentido, y según la última revisión de la Cochrane, se puede afirmar que existe evidencia empírica suficiente como para considerar que la TDC en comparación con tratamiento habitual es eficaz para reducir la rabia, el comportamiento suicida, las conductas parasuicidas, la psicopatología asociada al trastorno, la ansiedad y aumentar la salud mental en general (Stoffers et al., 2012).

El aspecto más definitorio de la terapia de Linehan es la combinación de la terapia cognitivo conductual (TCC) clásica –focalizada en el cambio conductual- con principios que provienen del Zen – focalizados en la aceptación y la validación-. En este sentido la TDC es pionera

en introducir dentro de la psicoterapia científica algunos procedimientos y técnicas actualmente muy utilizadas, como son el *mindfulness* o las estrategias de aceptación (Linehan, 1993a). Ante la experiencia frecuente de fracasos en la aplicación de TCC con pacientes con TLP, Linehan encuentra necesaria la integración de tecnologías de cambio (i.e. terapia conductual) y tecnologías de aceptación (i.e., Zen; Linehan, 1993a). Considerando la complejidad y la multiplicidad de problemas que presenta el paciente, se requiere una terapia que ponga énfasis en la solución de problemas. Pero cuando la terapia se focaliza únicamente en el cambio, los pacientes se sienten invalidados y con frecuencia abandonan el tratamiento. El extremo opuesto, o sea una terapia basada únicamente en la aceptación, tampoco resultaría efectiva al no promoverse los cambios necesarios para mejorar la situación del paciente. La TDC pretende entonces proveer un marco que permita lograr una síntesis entre el cambio y la aceptación.

La TDC no solo plantea un modelo de tratamiento, sino que además expone un modelo teórico en el que se basan sus principios terapéuticos. Según la teoría biosocial, el TLP es un trastorno caracterizado por una disfunción general del sistema de regulación emocional (Crowell, Beauchaine, & Linehan, 2009; Linehan, 1993a). Las conductas desadaptativas que presenta el paciente (e.g., consumo de tóxicos, autolesiones, disregulación interpersonal) son consecuencia natural de esta falta de habilidades para regular las emociones (Linehan, 1993b). El modelo contempla factores de vulnerabilidad biológica y ambientales en la génesis de esta disregulación emocional que

se relacionarían de forma transaccional (Linehan, 1993a).

Para organizar el tratamiento se establecen unas prioridades basadas en el nivel de severidad de la problemática del paciente. De esta forma, se establece una jerarquía que guía al terapeuta para saber “qué” tratar y “cuándo” tratarlo. A su vez la terapia se estructura entorno a cuatro modos de intervención: (1) terapia individual, (2) entrenamiento en habilidades, (3) llamadas telefónicas, y (4) grupo de consulta para terapeutas (Linehan, 1993a), lo que actualmente se conoce como el formato estándar de TDC.

Eficacia de la terapia dialéctica conductual para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad

En 1991, Linehan publica el primer ensayo clínico (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon, & Heard, 1991), en el que 44 pacientes con diagnóstico de TLP y conductas parasuicidas recientes, fueron aleatorizadas a un año de TDC o un año de tratamiento habitual (TH). Las pacientes en el grupo de TDC mostraron una mayor disminución en frecuencia y severidad de las conductas parasuicidas, y en la frecuencia y duración de los días de ingreso, así como una mejor tasa de retención respecto al TH. Estas mejoras se mantuvieron a los 6 y 12 meses de seguimiento, observándose también una mejoría significativa en la Impresión Clínica Global (ICG), una disminución de la ira rasgo, y una mayor adaptación social (Linehan, Tutek, Heard, & Armstrong, 1994). Ambos tratamientos fueron eficaces para disminuir la depresión, desesperanza, ideación suicida y aumentar las

razones para vivir. A partir de este primer estudio, la evidencia en relación a la eficacia de la TDC ha ido creciendo de forma exponencial y así lo demuestra el creciente número de citas acumuladas desde el año 2000 hasta hoy. En la actualidad, hay un total de 11 ensayos randomizados y controlados llevados a cabo en sitios independientes en los que se compara la TDC versus el TH (Carter, Willcox, Lewin, Conrad, & Bendit, 2010; Koons et al., 2001; Linehan et al., 1991; Linehan, Schmidt, Dimeff, & Comtois, 1999; Linehan et al., 2002; Linehan et al., 2006; McMMain et al., 2009; Pasieczny & Connor, 2011; Soler et al., 2009; Turner, 2000; Verheul et al., 2003). En general, estos estudios reportan efectos beneficiosos en distintos aspectos de la sintomatología límite: conducta suicida, depresión y ansiedad (tamaños del efecto muy importantes), rabia (tamaño del efecto importante), conductas parasuicidas (tamaño del efecto moderado), y salud mental general (tamaño del efecto de moderado a importante). En aquellos estudios en los que la TDC fue evaluada en contraste con una rama de tratamiento más rigurosa que el TH, como por ejemplo el tratamiento según guías APA (McMMain et al., 2009) o la terapia de expertos (Linehan et al., 2006), la TDC mostró superioridad en uno de los estudios (Linehan et al., 2006) pero no en el otro (McMMain et al., 2009), siendo en este último ambas ramas de tratamiento eficaces en la mejoría de la clínica (i.e. conductas parasuicidas, suicidas y depresión).

Otras aplicaciones clínicas

Desde el primer estudio publicado a principios de los años 90, la mayor parte de la investi-

gación en TDC se concentró en el estudio de la eficacia de la terapia para pacientes con diagnóstico de TLP y un alto grado de severidad y descontrol conductual. Los primeros estudios se focalizaron entonces en demostrar la eficacia de la TDC en estos aspectos, pero más tarde el interés comenzó a situarse en relación a la aplicabilidad de la TDC en otros trastornos o problemas clínicos. En un análisis post-hoc del estudio en el que se compara la TDC con tratamiento de expertos (Linehan et al., 2006), se estudia la eficacia de la TDC para el tratamiento de distintos trastornos del eje I comorbidos al TLP (Harned et al., 2008). Los resultados indican que la TDC es eficaz en la reducción de: trastorno por abuso de sustancias (reducción del 87%), trastorno depresivo mayor (reducción del 68%), trastornos de la alimentación (reducción del 64%). Sin embargo, parecería ser que la TDC no es tan eficaz para reducir trastornos de ansiedad, como el trastorno por pánico (reducción del 47%) o el trastorno por estrés postraumático (reducción del 35%). Estos resultados indican la necesidad de mejorar la eficacia de la terapia en estos aspectos y por tanto, abren una línea de investigación.

En los últimos años, la aplicación de la TDC al segundo estadio de tratamiento (i.e., síntomas de estrés postraumático) ha dado lugar a varios estudios. Bohus y colaboradores publican en el año 2013 un estudio en el que se evalúa la eficacia de una adaptación de la TDC para individuos con TLP y diagnóstico de PTSD comórbido, víctimas de abuso sexual en la infancia (Bohus et al., 2013). Este programa combina el enfoque de la TDC con enfoques cognitivo-conductuales diseñados para el trauma y

tiene 3 objetivos principales: (1) que el paciente reduzca el miedo a las emociones primarias relacionadas con el trauma, (2) reducir las emociones secundarias asociadas al trauma, (3) promover la aceptación radical del evento traumático. Un total de 74 pacientes (de las cuales aproximadamente el 50% cumplía con criterios para el TLP) fueron randomizados a 12 semanas de DBT-PTSD (tratamiento intensivo en unidades de hospitalización) o tratamiento usual (lista de espera). Pacientes que se autolesionaban en el momento del estudio fueron excluidos. Los resultados muestran una reducción significativa en relación a los síntomas de PTSD (Bohus et al., 2013). Por otra parte, el equipo de Linehan también desarrolló un protocolo para pacientes con TLP y PTSD, incluyendo en sus estudios (a diferencia de Bohus), pacientes que presentan autolesiones. Este protocolo consiste en TDC estándar más un programa de exposición prolongada (EP; Foa, Riggs, Massie, & Yarczower, 1995). Tanto en el estudio piloto (Harned, Korslund, Foa, & Linehan, 2013), como en un estudio randomizado posterior en el que se compara un año de TDC vs. TDC+EP (Harned, Korslund, & Linehan, 2014), se evidencia que al final del tratamiento, aproximadamente el 80% de los pacientes asignados a esta última intervención (TDC+PE) ya no cumple criterios para el diagnóstico de PTSD. Además, se describen resultados beneficiosos en relación a otras variables asociadas al trauma como ideación suicida, disociación y vergüenza.

La TDC ha sido adaptada también para patologías asociadas a la alimentación (i.e., bulimia nervosa y trastorno por atracón) caracteri-

zadas por la disregulación emocional y de alta comorbilidad con el TLP. Safer desarrolló un programa grupal de 20 semanas de duración para pacientes con estos diagnósticos. En los primeros estudios, (Safer, Telch, & Agras, 2001; Telch, Agras, & Linehan, 2001), se compararon pacientes en TDC con pacientes en lista de espera. Se reportaron resultados favorables a la TDC, tanto en la reducción de la sintomatología como en la adherencia al tratamiento. En el 2010 se publicó un estudio comparando la TDC con otro tratamiento activo también de formato grupal (Safer, Robinson, & Jo, 2011). La tasa de abandonos de tratamiento fue significativamente menor para el grupo de TDC (4% vs. 33.3%) y los pacientes asignados a TDC lograron reducir la sintomatología (i.e., abstinencia de atracones y disminución de la frecuencia) más rápidamente. En otros trabajos en los que se evaluó la eficacia de la TDC completa (terapia individual, entrenamiento en habilidades, consultas telefónicas) en el tratamiento de pacientes con trastornos de la alimentación (trastorno por atracón y bulimia nerviosa) y diagnóstico de TLP comórbido se reportaron resultados prometedores (Chen, Matthews, Allen, Kuo, & Linehan, 2008; Palmer et al., 2003).

La TDC también ha sido aplicada a pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor. En dos estudios realizados por Lynch y colaboradores (Lynch et al., 2007; Lynch, Morse, Mendelson, & Robins, 2003) se comparó el tratamiento de TDC + medicación antidepresiva con un tratamiento únicamente farmacológico. En el primer estudio (Lynch et al., 2003) no se encontraron diferencias significativas

entre ambos grupos en relación a la reducción de la sintomatología depresiva o a las tasas de remisión post-tratamiento. Sin embargo, a los 6 meses de seguimiento, el porcentaje de pacientes que continuaba en remisión fue significativamente más grande para el grupo de TDC que para el grupo control (75% vs. 31%). Estos resultados se confirmaron en el siguiente estudio (Lynch et al., 2007), en el que, en comparación con el grupo control, un porcentaje mayor de pacientes en la condición de TDC alcanzó criterios de remisión una vez finalizado el tratamiento.

Otra de las aplicaciones interesantes de la terapia dialéctica es la adaptación realizada por Rathus y Miller para poblaciones de adolescentes con conductas suicidas y rasgos de personalidad límite (Rathus & Miller, 2002). La terapia dialéctico-conductual para adolescentes (TDC-A) es un tratamiento manualizado de 16 semanas de duración que incluye terapia individual y un grupo de entrenamiento en habilidades multifamiliar. Aunque el tratamiento para adolescentes sigue las directrices del tratamiento Standard en TDC, presenta también algunas modificaciones. Considerando que el ambiente familiar suele ser una fuente de conflicto para el adolescente, en la TDC-A la familia tiene un rol más activo en el tratamiento y por tanto participa del grupo de habilidades y de sesiones de terapia familiar. El tratamiento tiene una duración mas corta que el tratamiento de adultos (16 semanas vs. 1 año), pero una vez terminadas las 16 semanas el paciente tiene la opción de participar en otro grupo para "graduados" en el que se busca principalmente, la generalización y reforzamiento de habilida-

des. En los grupos de adolescentes se enseñan los 4 módulos de habilidades (i.e. regulación emocional, *mindfulness*, efectividad interpersonal y tolerancia al malestar) y se agrega un quinto: el camino del medio. En este módulo se enseñan principios de validación, principios generales de modificación de conducta y habilidades para lograr un comportamiento más equilibrado y menos polarizado ante ciertos dilemas dialécticos. Diversos estudios han evaluado la eficacia de la TDC-A para el tratamiento de adolescentes con rasgos de TLP, ideación o conductas suicidas y/o autolesiones (e.g., Fleischhaker et al., 2011; Mehlum et al., 2014; Rathus & Miller, 2002). Estudios cuasi experimentales muestran que, en comparación con tratamiento habitual, la TDC-A se asocia a menos hospitalizaciones psiquiátricas durante el tratamiento, menos abandonos de terapia, y a una reducción mayor en relación a la ideación suicida, síntomas psiquiátricos generales, síntomas de TLP, (Fleischhaker et al., 2011; Mehlum et al., 2014; Rathus & Miller, 2002). En el único RCT publicado hasta ahora (Mehlum et al., 2014) la TDC-A demostró ser superior que el tratamiento usual para la disminución de la frecuencia de autolesiones, severidad de ideación suicida y síntomas depresivos.

Eficacia del entrenamiento en habilidades como componente único de tratamiento

Desde sus primeras formulaciones, la TDC ha sido planteada como un tratamiento multicomponente, con objetivos específicos y claramente delimitados para cada uno de ellos. En congruencia con esto, la evidencia empírica acumulada hasta el momento avala la efica-

cía conjunta de los distintos componentes de la TDC (i.e., terapia individual, entrenamiento en habilidades grupal y consultoría telefónica). Sin embargo, parecería ser que el entrenamiento en habilidades tendría algunas ventajas asociadas a la duración del tratamiento y el coste económico, motivando su uso como tratamiento independiente (i.e. sin terapia individual). En este formato de intervención grupal se realizan durante 6 meses, cuatro módulos de habilidades orientados a mejorar los áreas disfuncionales claves en el paciente con TLP (i.e. problemas interpersonales, identidad, impulsividad, cognición y labilidad afectiva) mediante el entrenamiento de 4 módulos: (1) *mindfulness*, (2) tolerancia al dolor, (3) regulación emocional y (4) efectividad interpersonal.

El último estudio de M. Linehan publicado en JAMA (Linehan et al., 2015) señala la relevancia del EH en la TDC. En este trabajo se realizó un análisis de componentes de la terapia para determinar la eficacia aislada de cada uno de ellos y compararlos entre sí. En este ensayo clínico randomizado participaron 99 mujeres con diagnóstico de TLP y al menos dos intentos de suicidio y/o autolesiones en los últimos 5 años, y un intento de suicidio o autolesiones en las 8 semanas anteriores al comienzo del tratamiento. Las participantes fueron asignadas aleatoriamente a uno de los tres grupos: 1) TDC en formato estándar (TDC-S), 2) entrenamiento en habilidades (TDC-EH) o 3) terapia individual (TDC-I). La dosis de tratamiento se controló para que fuera similar en las tres condiciones y todos los profesionales utilizaron el protocolo de la TDC para evaluar y manejar el riesgo suicida. Las participantes asignadas a las

tres condiciones mostraron mejorías en relación a la frecuencia y la severidad de los intentos de autoeliminación, la ideación suicida, el uso de servicios de crisis por ideación suicida y razones para vivir. En comparación con el tratamiento de terapia individual (TDC-I), las intervenciones que incluyeron habilidades (TDC-S y TDC-EH) fueron más eficaces para disminuir la frecuencia de autolesiones, los síntomas de depresión y los síntomas de ansiedad durante el periodo de tratamiento (1 año). En comparación con la TDC-I, hubo menos abandonos de terapia en la terapia estándar y los pacientes asignados a TDC-S utilizaron menos recursos de urgencias y menos hospitalizaciones psiquiátricas durante el seguimiento (1 año). Los resultados de este estudio son de gran relevancia puesto que confirman la eficacia de los tres componentes de la TDC para disminuir el número de intentos de suicidio. Además, estos hallazgos sugieren que el entrenamiento en habilidades es un componente activo y fundamental del tratamiento, ya que tanto el grupo de TDC-S como el grupo de TDC-EH fue más eficaz que la TDC-I.

En estudios anteriores ya se había evaluado la eficacia del entrenamiento en habilidades como componente único de tratamiento (i.e. sin terapia individual). El primer estudio en esta línea fue el de Soler y colaboradores (Soler et al., 2009). En este estudio, 59 pacientes con diagnóstico de TLP fueron randomizadas a TDC-EH ($n=29$) o a tratamiento grupal estándar ($n = 30$). Después de 13 semanas de tratamiento, los participantes asignados a TDC-EH mostraron, en comparación con el grupo control, menores índices de depresión, ansiedad,

irritabilidad, ira e inestabilidad afectiva. Además, se encontraron diferencias significativas en relación a la retención de ambos tratamientos: 34.5 % de *dropout* en TDC-EH versus 63.4% en la intervención control. En suma, los resultados indican que la TDC-EH de 13 semanas es un tratamiento eficaz para reducir sintomatología asociada al TLP.

Si bien las habilidades fueron desarrolladas para pacientes con conductas suicidas y TLP, el carácter multimodal del entrenamiento en habilidades permite adaptarlo fácilmente a otras poblaciones. El entrenamiento en habilidades también se ha utilizado para el tratamiento de otras patologías relacionadas con la disregulación emocional. En una revisión sistemática (Valentine, Bankoff, Poulin, Reidler, & Pantalone, 2015) se encontraron 17 trabajos en los que adaptaba el EH para distintas poblaciones como por ejemplo: trastornos de la personalidad (Long, Fulton, Dolley, & Hollin, 2011; Soler et al., 2009), trastornos del estado de ánimo (Blackford & Love, 2012; Feldman, Harley, Kerrigan, Jacobo, & Fava, 2009; Harley, Sprich, Safren, Jacobo, & Fava, 2008), trastorno por atracón (e.g., Safer & Joyce, 2011), bulimia nerviosa (Safer et al., 2001), autolesiones no suicidas (Sambrook, Abba, & Chadwick, 2007), trastorno oposicionista desafiante (Nelson-Gray et al., 2006) y trastorno por déficit atencional (Hirvikoski et al., 2011). De estos trabajos, en el 60% se utilizaron los 4 módulos de la TDC, mientras que en el restante 40% se omitieron uno o más módulos (e.g., los estudios en trastorno por atracón omiten el módulo de efectividad interpersonal). La comparación entre estos estudios resulta difícil debido a las diferen-

cias metodológicas entre ellos. Los estudios se diferencian en: (a) adaptaciones específicas de las habilidades para cada población, (b) número total de sesiones de terapia (rango de 9 a 32 sesiones), (c) cantidad de horas de entrenamiento en habilidades (rango entre 17.5 y 47 horas), (d) rama comparativa (i.e. la mayoría de los estudios no comparan el EH con una intervención control), (e) finalmente, también hay grandes variaciones en cuanto al porcentaje de individuos que terminan la terapia (rango entre 51% y 96%), así como en relación al mínimo de sesiones requeridas para considerar que un individuo culminó el tratamiento. A pesar de las diferencias metodológicas entre los estudios evaluados, los autores de esta revisión concluyen –a partir de estudios en los que TDC-EH se comparó con una intervención control– que TDC-EH es eficaz como tratamiento aislado para reducir síntomas del trastorno depresivo mayor, TDAH y el trastorno por atracción (Valentine et al., 2015). De los trabajos en los que se han utilizado las habilidades como componente único de tratamiento destaca un estudio publicado por Neacsiu y colaboradores en el que se evaluó la eficacia de este entrenamiento para un grupo de sujetos con sintomatología asociada a la disregulación emocional (Neacsiu, Eberle, Kramer, Wiesmann, & Linehan, 2014). Para este estudio se utiliza una combinación de habilidades de los 4 módulos (*mindfulness*, regulación emocional, efectividad interpersonal y tolerancia al malestar) para crear un programa de 16 semanas cuyo target principal es la disregulación emocional. En este estudio se utilizan habilidades para aprender a reducir la vulnerabilidad a la disre-

gulación emocional, manejar crisis, aumentar el control atencional sobre los estímulos emocionales y manejar la activación fisiológica asociada a las emociones. Un total de 44 sujetos con síntomas depresivos y/o ansiosos y alta disregulación emocional (criterio de exclusión: diagnóstico de TLP), fueron randomizados a dos intervenciones grupales. Los resultados indican la superioridad de la TDC-EH en la disminución de la disregulación emocional ($d = 1.86$), el aumento de uso de habilidades ($d = 1.02$) y la disminución de la ansiedad ($d = 1.37$) pero no de la depresión ($d = 0.73$). Además, la retención fue mejor en el grupo de TDC-H que en el grupo control (78% vs. 41%).

Considerando los estudios que hemos comentado con anterioridad, parecería ser entonces que el entrenamiento en habilidades es eficaz para el tratamiento de patologías con un alto predominio de disregulación emocional. El entrenamiento en habilidades de la TDC es un tratamiento que implica necesariamente la práctica diaria y la generalización de las habilidades en todos los contextos de relevancia para el paciente. Tomando esto en cuenta, algunos autores se han interesado en determinar la asociación entre la práctica o el uso de habilidades y la mejoría clínica. Para determinar la relación entre el uso de habilidades y el éxito terapéutico, Neacsiu y colaboradores (Neacsiu, Rizvi, & Linehan, 2010) realizan un análisis post-hoc de resultados de un RCT previo (Linehan et al., 2006). Este artículo demuestra la importancia del uso de habilidades como mediador del éxito terapéutico, en concreto en la reducción de intentos de suicidio, de síntomas depresivos, y la mejoría en el control de

la ira, sin embargo, es importante puntualizar que si bien este trabajo destaca la importancia del uso de habilidades en la mejoría terapéutica, estos pacientes recibían el *pack* completo de la terapia (i.e. terapia individual más EH), y por tanto resulta difícil aislar la eficacia de la TDC-EH. En otro estudio, Stepp y colaboradores (Stepp, Epler, Jahng, & Trull, 2008) exploran la relación entre el uso de habilidades y la mejoría de los síntomas de TLP, concluyendo que el uso total de habilidades se relaciona con la mejoría de síntomas del trastorno (mejoría global y específica en relación a: inestabilidad afectiva, problemas de identidad y problemas en el área interpersonal). Otros estudios se han focalizado en explorar la utilidad de las distintas habilidades, reportando que no todos los módulos de habilidades se practican con igual frecuencia. Un estudio (Lindenboim, Comtois, & Linehan, 2007) sugiere que las habilidades más practicadas por los pacientes son las habilidades de *mindfulness* y las de tolerancia al malestar, seguidas por las habilidades de regulación emocional y por último, las menos practicadas, las habilidades de efectividad interpersonal. Este hallazgo es interesante, ya que esta preferencia por las habilidades orientadas a la aceptación (i.e. *mindfulness* y tolerancia al malestar) podría indicar de algún modo una mayor utilidad. Además, encuentran que el uso de habilidades se incrementa con el tiempo, resultado que ya había sido reportado por Stepp (Stepp et al., 2008). La evidencia acumulada hasta este momento indica que los pacientes practican las habilidades (una media de 4.5 habilidades al día según el estudio de Lindenboim) y parecería ser que el uso de las

habilidades se relaciona con la disminución de sintomatología asociada al TLP.

La mayoría de estudios han evaluado el paquete "original" del entrenamiento en habilidades (i.e., los 4 módulos). Aunque desde el punto de vista teórico cada uno de los módulos se focaliza en un área de disregulación específica, la evidencia aportada por algunos estudios (Lindenboim et al., 2007; Stepp et al., 2008) parecería indicar que no todas las habilidades se practican con igual frecuencia. Esta preferencia por las habilidades orientadas hacia la aceptación (i.e., *mindfulness* y tolerancia al malestar) podría indicar una mayor utilidad clínica. De esta forma, podría ocurrir que ante un problema interpersonal, los pacientes eligieran practicar habilidades de *mindfulness* orientadas a aceptar la situación o las características personales de la otra persona, en lugar de aplicar directamente habilidades de efectividad interpersonal. Para poder determinar cuáles son los componentes activos del entrenamiento en habilidades, así como la especificidad terapéutica de cada módulo es necesario realizar estudios en los que se explore cada módulo independientemente de los demás. Hasta el momento, el módulo de *mindfulness* es el que ha recibido más atención contando con un par de estudios controlados no alegorizados (Feliu-soler et al., 2014; Soler et al., 2012). En uno de estos estudios, se comparó el módulo de *mindfulness* con TH en pacientes con TLP (Soler et al., 2012). Según los resultados obtenidos en un test neuropsicológico (CPT-II; Conners, 2004) el entrenamiento en *mindfulness* parecería asociarse a mejorías relacionadas con la atención y la impulsivi-

dad. Concretamente, parecería afectar positivamente la capacidad de discriminar targets y no-targets y reducir errores de comisión, lo que se traduce como mayor habilidad a la hora de inhibir respuestas. Además, tiempos de reacción más largos también sugieren mejoras en la impulsividad. Estos hallazgos coinciden con los obtenidos en otras poblaciones en los que se destaca la utilidad del *mindfulness* sobre todo en relación a la mejoría de parámetros atencionales. Más recientemente en un estudio aleatorizado (Elices et al., *in press*; Soler et al., 2016), 64 pacientes con TLP fueron asignadas a un entrenamiento de 10 semanas de duración en *mindfulness* ($n = 32$) o efectividad interpersonal ($n = 32$). En comparación con el grupo de efectividad interpersonal, los pacientes que recibieron el entrenamiento en *mindfulness* mostraron una reducción significativa de la clínica borderline medida a través de la Borderline Symptom List-23 (Soler et al., 2013). El porcentaje de pacientes que respondieron al tratamiento según índices de significación clínica, también favoreció al grupo de *mindfulness* (40% vs. 13%). Además, parecería ser que el entrenamiento en *mindfulness* se asocia a un aumento significativo de la capacidad de decentering, definida como la habilidad de tomar distancia de los contenidos mentales, observándolos como fenómenos de la mente (Fresco, Segal, Buis, & Kennedy, 2007). Este resultado es interesante, ya que niveles bajos de decentering han sido asociados a distintas patologías y por tanto parece ser un indicador transdiagnóstico de psicopatología (Soler et al., 2014). En un estudio más reciente (Soler et al., 2016) en el que se comparó el módulo

de *mindfulness* con el módulo de efectividad interpersonal, también se encontraron mejoras relativas a la impulsividad en parámetros relacionados con una mayor tolerancia a los refuerzos demorados y un aumento en la percepción del tiempo medidos mediante tests computerizados (Dougherty, Mathias, Marsh, & Jagar, 2005). Estos resultados son interesantes para el tratamiento del TLP, ya que la baja tolerancia a las recompensas demoradas es un tipo de impulsividad que ha sido asociada a las conductas desadaptativas del trastorno (e.g., autolesiones, abuso de sustancias, atracones; Bornovalova, Lejuez, Daughters, Zachary Rosenthal, & Lynch, 2005). En este sentido, parecería ser que el *mindfulness* facilitaría una postura menos reactiva y más reflexiva, permitiendo que el individuo responda a las demandas ambientales en lugar de actuar impulsivamente (Kabat-Zinn, 1990; Shapiro, Carlson, Astin, & Freedman, 2006). En estos últimos estudios, la intervención en *mindfulness* se basó en la propuesta de la TDC (Linehan, 1993b), con la diferencia de que se incluyeron prácticas de meditación formal (e.g., *body scan* o *sitting meditation*). Algunas características del TLP, especialmente los altos niveles de autocritica y de autoinvalidación, sugieren que, además de las practicas tradicionales de *mindfulness* y aceptación enseñadas en el contexto de la TDC, estos pacientes podrían beneficiarse de prácticas de loving kindness y compasión. Para explorar esto, Feliu-Soler y colaboradores (Feliu-Soler et al., 2015), realizaron un estudio piloto en el que se investigaron los efectos del entrenamiento en loving kindness y compasión en pacientes con TLP. Como grupo control, se utilizó el en-

trenamiento en *mindfulness* estándar. Después de 3 semanas de intervención, los participantes en el grupo de loving kindness y compasión mostraron un aumento significativamente mayor que el grupo control en la aceptación del momento presente. Además, se observaron mejorías en relación a la severidad de los síntomas del TLP y en la autocrítica, así como un aumento de las capacidades de *mindfulness*, y de autocompasión. En forma conjunta, estos resultados indican que una intervención en loving kindness y compasión puede ser una estrategia complementaria al módulo de *mindfulness* de utilidad clínica para pacientes con TLP.

Direcciones futuras

Desde el primer ensayo clínico controlado publicado a principios de 1990 hasta el día de hoy, se ha acumulado evidencia suficiente para demostrar la eficacia de la TDC como tratamiento para el TLP. Aunque la cantidad de evidencia respecto a su eficacia en otros trastornos no es suficiente, parecería ser que la TDC es un tratamiento válido para distintas patologías asociadas a la disregulación emocional en general.

Los resultados del estudio de componentes de la TDC sugieren que el entrenamiento en habilidades es fundamental al menos, para el tratamiento de pacientes con TLP y conductas suicidas. Sin embargo este estudio no cuenta con la potencia estadística suficiente como para sugerir enfáticamente que el tratamiento en habilidades es tan eficaz como el tratamiento estándar.

Respecto al entrenamiento en habilidades, 20 años después de la aparición del primer

manual, Linehan publica una segunda edición en la que se añaden distintos tipos de habilidades. Esta segunda edición, recoge la evidencia empírica acumulada en estos años, no solo proveniente de la TDC sino también de otras terapias basadas en la evidencia. Más estudios son necesarios para determinar qué habilidades funcionan mejor para qué tipo de pacientes o para qué tipo de problemáticas. Como plantea Linehan (Linehan & Wilks, 2015), es de esperar que en los próximos años surjan investigaciones acerca de las nuevas habilidades y las nuevas aplicaciones de la TDC que contribuyan a mejorar y adaptar el tratamiento.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Blackford, J. U., & Love, R. (2012). Dialectical behaviour therapy group skills training in a community mental health setting: A pilot study. *International Journal of Group Psychotherapy*, 61, 1–8. doi:10.1521/ijgp.2011.61.4.645.
- Bohus, M., Dyer, A., Priebe, K., Krüeger, A., Kleindienst, N., Schmahl, C., ... Steil, R. (2013). Dialectical Behaviour Therapy for Post-traumatic Stress Disorder after Childhood Sexual Abuse in Patients with and without Borderline Personality Disorder: A Randomised Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82, 221–233. doi:10.1159/000348451
- Bornovalova, M. a, Lejuez, C. W., Daughters, S. B., Zachary Rosenthal, M., & Lynch, T. R. (2005). Impulsivity as a common process across borderline personality and substance use disorders. *Clinical Psychology Review*, 25, 790–812. doi:10.1016/j.cpr.2005.05.005
- Carter, G. L., Willcox, C. H., Lewin, T. J., Conrad, A. M., & Bendit, N. (2010). Hunter DBT project: randomized controlled trial of dialectical

- behaviour therapy in women with borderline personality disorder. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 162–73. doi:10.3109/00048670903393621
- Chen, E. Y., Matthews, L., Allen, C., Kuo, J. R., & Linehan, M. M. (2008). Dialectical behavior therapy for clients with binge-eating disorder or bulimia nervosa and borderline personality disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 505–512.
- Conners, B. C. K. (2004). Conners ' Continuous Performance Test II (CPT II V . 5).
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological Bulletin*, 135, 495–510. doi:10.1037/a0015616
- Dougherty, D., Mathias, C. W., Marsh, D. M., & Jagar, A. a. (2005). Laboratory behavioral measures of impulsivity. *Behavior Research Methods*, 37, 82–90.
- Elices, M., Pascual, J. C., Portella, M. J., Feliu-Soler, A., Martín-Blanco, A., Carmona, C., Soler, J. Impact of mindfulness training on borderline personality disorder: A pilot randomized trial. Under review.
- Feldman, G., Harley, R., Kerrigan, M., Jacobo, M., & Fava, M. (2009). Change in emotional processing during a dialectical behavior therapy-based skills group for major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 316–21. doi:10.1016/j.brat.2009.01.005
- Feliu-soler, A., Pascual, J. C., Borràs, X., Portella, M. J., Martín-blanco, A., Armario, A., ... Pérez, V. (2014). Effects of Dialectical Behaviour Therapy- Mindfulness Training on Emotional Reactivity in Borderline Personality Disorder: Preliminary Results. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21, 363–370. doi:10.1002/cpp.1837
- Fleischhaker, C., Böhme, R., Sixt, B., Brück, C., Schneider, C., & Schulz, E. (2011). Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents (DBT-A): a clinical Trial for Patients with suicidal and self-injurious Behavior and Borderline Symptoms with a one-year Follow-up. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5, 3. doi:10.1186/1753-2000-5-3
- Foa, E. B., Riggs, D. S., Massie, E. D., & Yarczower, M. (1995). The impact of fear activation and anger on the efficacy of exposure treatment for posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 26, 487–499. doi:10.1016/S0005-7894(05)80096-6
- Fresco, D. M., Segal, Z. V, Buis, T., & Kennedy, S. (2007). Relationship of posttreatment decentering and cognitive reactivity to relapse in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(3), 447–55. doi:10.1037/0022-006X.75.3.447
- Harley, R., Sprich, S., Safren, S., Jacobo, M., & Fava, M. (2008). Adaptation of dialectical behavior therapy skills training group for treatment-resistant depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, 136–143.
- Harned, M. S., Chapman, A. L., Dexter-Mazza, E. T., Murray, A., Comtois, K. a, & Linehan, M. M. (2008). Treating co-occurring Axis I disorders in recurrently suicidal women with borderline personality disorder: a 2-year randomized trial of dialectical behavior therapy versus community treatment by experts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 1068–1075. doi:10.1037/a0014044
- Harned, M. S., Korslund, K. E., Foa, E. B., & Linehan, M. M. (2013). Treating PTSD in Suicidal and Self-injuring Women with Borderline Personality Disorder: Development and Preliminary Evaluation of a Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure Protocol. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 381–386. doi:10.1016/j.brat.2012.02.011.Treating
- Harned, M. S., Korslund, K. E., & Linehan, M. M. (2014). A pilot randomized controlled trial of Dialectical Behavior Therapy with and without the Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure protocol for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 55C, 7–17. doi:10.1016/j.brat.2014.01.008

- Hirvikoski, T., Waaler, E., Alfredsson, J., Pihlgren, C., Holmström, A., Johnson, A., ... Nordström, A. L. (2011). Reduced ADHD symptoms in adults with ADHD after structured skills training group: Results from a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 175–185. doi:10.1016/j.brat.2011.01.001
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York, NY: Delacorte.
- Koons, C. R., Robins, C. J., Tweed, J. L., Lynch, T. R., Gonzalez, A. a., Morse, J. Q., ... Bastian, L. a. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 32, 371–390. doi:10.1016/S0005-7894(01)80009-5
- Lindenboim, N., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2007). Skills Practice in Dialectical Behavior Therapy for Suicidal Women Meeting Criteria for Borderline Personality Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 147–156. doi:10.1016/j.cbpra.2006.10.004
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, NY: The Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993). Skills training manual for treating borderline personality disorder. Guilford Press.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive-Behavioral Treatment of Chronically Parasuicidal Borderline Patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060–1064.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., ... Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757–66. doi:10.1001/archpsyc.63.7.757
- Linehan, M. M., Dimeff, L. a., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P., & Kivlahan, D. R. (2002). Dialectical behavior therapy versus Comprehensive Validation Therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 13–26. doi:10.1016/S0376-8716(02)00011-X
- Linehan, M. M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsiu, A. D., ... Murray-gregory, A. M. (2015). Dialectical Behavior Therapy for High Suicide Risk in Individuals With Borderline Personality Disorder A Randomized Clinical Trial and Component Analysis. *JAMA*, 98195, 1–8. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.3039
- Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. A., & Comtois, K. A. (1999). Dialectical Behavior Therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *The American Journal of Addictions*, 8, 279–292.
- Linehan, M. M., Tutek, D. a., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1771–1776.
- Linehan, M. M., & Wilks, C. (2015). The Course and Evolution of Dialectical Behavior. *American Journal of Psychotherapy*, 69, 97–110.
- Long, C. G., Fulton, B., Dolley, O., & Hollin, C. R. (2011). Dealing with Feelings: the effectiveness of cognitive behavioural group treatment for women in secure settings. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39, 243–247. doi:10.1017/S1352465810000573
- Lynch, T. R., Cheavens, J. S., Cukrowicz, K. C., Thorp, S. R., Bronner, L., & Beyer, J. (2007). Treatment of older adults with co-morbid personality disorder and depression: a dialectical behavior therapy approach. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 131–143. doi:10.1002/gps
- Lynch, T. R., Morse, J. Q., Mendelson, T., & Robins, C. J. (2003). Dialectical behavior therapy for depressed older adults: a randomized pilot study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 11, 33–45.

- McMain, S. F., Links, P. S., Gnam, W. H., Guimond, T., Cardish, R. J., Korman, L., & Streiner, D. L. (2009). A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 166, 1365–1374. doi:10.1176/appi.ajp.2009.09010039
- Mehlum, L., Tørmoen, A. J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L. M., Laberg, S., ... Grøholt, B. (2014). Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53, 1082–1091. doi:10.1016/j.jaac.2014.07.003
- Neacsiu, A. D., Eberle, J. W., Kramer, R., Wiesmann, T., & Linehan, M. M. (2014). Dialectical behavior therapy skills for transdiagnostic emotion dysregulation: a pilot randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 59, 40–51. doi:10.1016/j.brat.2014.05.005
- Neacsiu, A. D., Rizvi, S. L., & Linehan, M. M. (2010). Dialectical Behavior Therapy Skills Use as a Mediator and Outcome of Treatment for Borderline Personality Disorder. *Behavior Research and Therapy*, 48, 832–839. doi:10.1016/j.brat.2010.05.017. Dialectical
- Nelson-Gray, R. O., Keane, S. P., Hurst, R. M., Mitchell, J. T., Warburton, J. B., Chok, J. T., & Cobb, A. R. (2006). A modified DBT skills training program for oppositional defiant adolescents: promising preliminary findings. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1811–1820. doi:10.1016/j.brat.2006.01.004
- Palmer, R. L., Birchall, H., Damani, S., Gatward, N., McGrain, L., & Parker, L. (2003). A dialectical behavior therapy program for people with an eating disorder and borderline personality disorder—description and outcome. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 281–286.
- Pasieczny, N., & Connor, J. (2011). The effectiveness of dialectical behaviour therapy in routine public mental health settings: An Australian controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 4–10. doi:10.1016/j.brat.2010.09.006
- Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2002). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32, 146–157.
- Safer, D. L., & Joyce, E. E. (2011). Does rapid response to two group psychotherapies for binge eating disorder predict abstinence? *Behaviour Research and Therapy*, 49, 339–45. doi:10.1016/j.brat.2011.03.001
- Safer, D. L., Robinson, A. H., & Jo, B. (2011). Outcome from a randomized controlled trial of group therapy for binge eating disorder: Comparing Dialectical Behavior Therapy adapted to binge eating to an active comparison group therapy. *Behavior Therapy*, 41, 106–120. doi:10.1016/j.beth.2009.01.006. Outcome
- Safer, D. L., Telch, C. F., & Agras, W. S. (2001). Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 158, 632–634. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18348281>
- Sambrook, S., Abba, N., & Chadwick, P. (2007). Evaluation of DBT emotional coping skills groups for people with parasuicidal behaviours. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, 241–244.
- Shapiro, S., Carlson, L. E., Astin, J., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 373–386.
- Soler, J., Elices, M., Pascual, J. C., Martín-Blanco, A., Feliu-Soler, A., Carmona, C., Portella, M. J. Effects of mindfulness training on different components of impulsivity in borderline personality disorder. Under review.
- Soler, J., Franquesa, A., Feliu-Soler, A., Cebolla, A., García-Campayo, J., Tejedor, R., ... Portella, M. J. (2014). Assessing decentering: Validation, psychometric properties and clinical usefulness of the Experiences Questionnaire in a Spanish sample. *Behavior Therapy*. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2014.05.004
- Soler, J., Pascual, J. C., Tiana, T., Cebrià, A., Barrachina, J., Campins, M. J., ... Pérez, V. (2009). Dialectical behaviour therapy skills

- training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: a 3-month randomised controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 353–358. doi:10.1016/j.brat.2009.01.013
- Soler, J., Valdepérez, A., Feliu-Soler, A., Pascual, J. C., Portella, M. J., Martín-Blanco, A.,... Pérez, V. (2012). Effects of the dialectical behavioral therapy-mindfulness module on attention in patients with borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 150–7. doi:10.1016/j.brat.2011.12.002
- Soler, J., Vega, D., Feliu-Soler, A., Trujols, J., Soto, A., Elices, M.,... Pascual, J. C. (2013). Validation of the Spanish version of the Borderline Symptom List, short form (BSL-23). *BMC Psychiatry*, 13, 139. doi:10.1186/1471-244X-13-139
- Stepp, S. D., Epler, A. J., Jahng, S., & Trull, T. J. (2008). The effect of dialectical behavior therapy skills use on borderline personality disorder features. *Journal of Personality Disorders*, 22, 549–63. doi:10.1521/pedi.2008.22.6.549
- Stoffers, J., Völlm, B. A., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder (Review). En *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Cochrane D.). John Wiley & Sons. doi:10.1002/14651858.CD005652
- Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 1061–1065. doi:10.1037/0022-006X.69.6.1061
- Turner, R. . (2000). Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy-oriented treatment for borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 413–419.
- Valentine, S. E., Bankoff, S. M., Poulin, R. M., Reidler, E. B., & Pantalone, D. W. (2015). The Use of Dialectical Behavior Therapy Skills Training as Stand-Alone Treatment: A Systematic Review of the Treatment Outcome Literature. *Journal of Clinical Psychology*, 71, 1–20. doi:10.1002/jclp.22114
- Verheul, R., Van Den Bosch, L. M. C., Koeter, M. W. J., De Ridder, M. a J., Stijnen, T., & Van Den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 182, 135–140.

Agradecimientos

JS es miembro de PROMOSAM: Investigación en procesos, mecanismos y tratamientos psicológicos para la promoción de la salud mental, (Red de Excelencia PSI2014-56303-REDT) fondos del Ministerio de Economía y Competitividad (2014).



Papeles del Psicólogo

ISSN: 0214-7823

papeles@correo.cop.es

Consejo General de Colegios Oficiales de
Psicólogos
España

Ferro García, Rafael; Valero Aguayo, Luis; López Bermúdez, Miguel Ángel
LA CONCEPTUALIZACIÓN DE CASOS CLÍNICOS DESDE LA PSICOTERAPIA ANALÍTICA
FUNCIONAL

Papeles del Psicólogo, vol. 30, núm. 3, septiembre-diciembre, 2009, pp. 255-264

Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77811790009>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

LA CONCEPTUALIZACIÓN DE CASOS CLÍNICOS DESDE LA PSICOTERAPIA ANALÍTICA FUNCIONAL

Rafael Ferro García¹, Luis Valero Aguayo² y Miguel Ángel López Bermúdez³

¹Centro de Psicología Clínica, CEDI, Granada. ²Universidad de Málaga, ³Centro de Psicología, Bailén (Jaén)

La Psicoterapia Analítica Funcional forma parte de lo que se ha denominado la terapia de conducta de tercera generación. Pone énfasis en las contingencias que ocurren en el propio contexto terapéutico, en el reforzamiento natural y en el moldeamiento. Se propone una forma de conceptualizar los casos clínicos que ayudan al terapeuta a centrarse en los objetivos y problemas del cliente. Incluye los problemas de la vida diaria, la historia relevante, los problemas durante la sesión, los conceptos cognitivos, los objetivos en la vida diaria y los objetivos en la sesión. Se exponen 3 ejemplos de casos clínicos de trastornos de personalidad: un "trastorno límite de personalidad", otro con un "yo inestable", y un "trastorno personalidad esquizotípico". Se describen los esquemas de conceptualización de cada caso, las conductas clínicamente relevantes, y los objetivos a conseguir en la sesión y en la vida diaria.

Palabras clave: Psicoterapia Analítica Funcional, Trastornos de Personalidad, Conceptualización de un caso

Functional Analytic Psychotherapy makes up part of what has been named third generation behavioural therapy. It underlines the contingencies which occur in the context of therapy, in natural reinforcement and shaping. A form of conceptualizing clinical cases is proposed which helps the therapist to focus on the objectives and problems of the patient. It includes: problems present in everyday life, any relevant background, problems that arise during the session, cognitive concepts, and objectives in everyday life together with objectives of the session. Three clinical cases of personality disorders are presented: one "borderline personality disorder", another case of "unstable self", and a "schizotypal personality disorder". Conceptualization schemes are described for each case, together with behaviour that is clinically relevant and the objectives to be achieved both in clinical sessions and in everyday life.

Key words: Functional Analytic Psychotherapy, Personality Disorders, Case Conceptualization

La Psicoterapia Analítica Funcional (FAP; Kohlenberg y Tsai, 1991; Tsai, Kohlenberg, Kanter, Kohlenberg, Follette y Callaghan, 2009) forma parte de lo que se ha denominado la terapia de conducta de tercera generación (Hayes, 2004; O'Donohue, 1998; Pérez Álvarez, 2006) junto con otras terapias: la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999), la Activación Conductual (Martell, Addis, y Jacobson, 2001), la Terapia de Pareja Integrativa (Jacobson y Christensen, 1996); y la Terapia de Conducta Dialéctica (Linehan, 1993).

La FAP (Kohlenberg y Tsai, 1991) surgió a finales del siglo XX como una alternativa a la terapia de conducta clásica y a la terapia cognitivo-conductual. Comparte con otras terapias de esta generación los avances en el estudio de la conducta: las relaciones de equivalencia entre los estímulos, la conducta gobernada por reglas, el análisis funcional del lenguaje, y su repercusión para la comprensión de la conducta cognitiva y las conductas emocionales (Fernández Parra y Ferro, 2006).

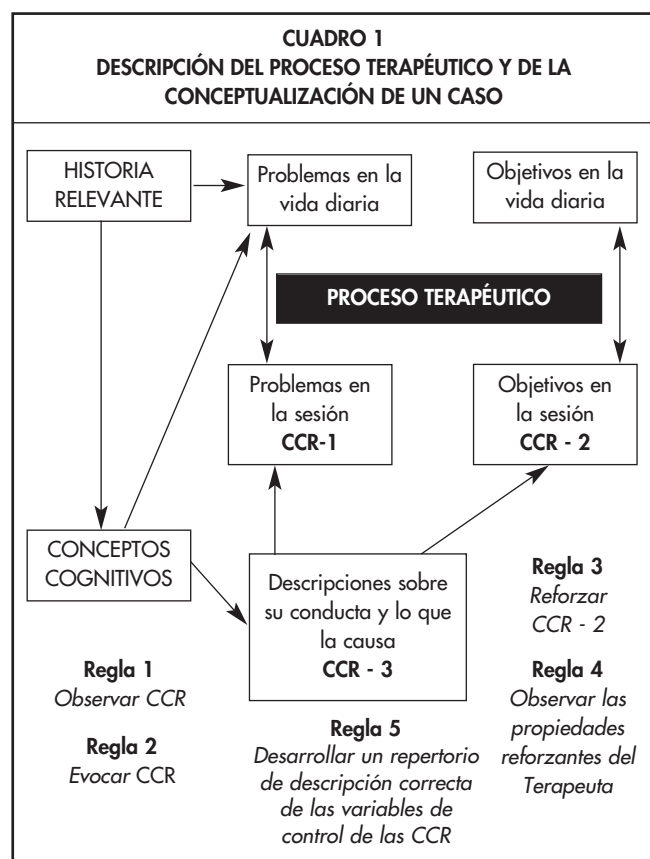
Kohlenberg y Tsai (1991) mantienen que la FAP va dirigida a los clientes que no han mejorado con las terapias de conducta más tradicionales, que tienen dificultades para establecer relaciones íntimas, y/o padecen ese tipo de problemas interpersonales difusos y generalizados tipificados en el Eje II del DSM-III-R y del DSM-IV.

Filosóficamente la FAP está basada en los principios del conductismo radical y en el contextualismo. Pone énfasis en las contingencias que ocurren durante la sesión terapéutica, en el propio contexto terapéutico, en la equivalencia funcional entre ambos ambientes, en el reforzamiento natural y en el moldeamiento (Kohlenberg y Tsai, 1991, 1995). Utiliza la propia relación terapéutica como una forma de promover el cambio en el cliente, centrándose en el aquí y el ahora, en lo que ocurre dentro de la sesión clínica tanto los problemas como las mejoras del cliente y se adapta a cada paciente en cuestión. No se trata de una colección de técnicas sino más bien, de un marco conceptual para intentar guiar la actividad del terapeuta y crear unas relaciones terapéuticas intensas y curativas (Ferro, 2006). La FAP ha delimitado dos elementos básicos: por un lado, las contingencias presentes durante la interacción terapeuta-

cliente, especialmente las interacciones verbales y la naturalidad de estas contingencias. Y por otro, el contexto donde se dan estas relaciones, analizando la equivalencia funcional entre el ambiente clínico y la situación diaria del cliente (Kohlenberg y Tsai, 1991, 1994a, 1994b, 1995).

Además, no es solo una psicoterapia por sí misma sino que puede ser combinada con cualquier terapia produciendo unos resultados sinérgicos (Kohlenberg, Tsai, Ferro, Valero, Fernández Parra, y Virués, 2005). La FAP puede mejorar cualquier intervención clínica sin necesidad de cambiar la forma de esa terapia. Su integración con otras terapias está dando buenos resultados (Apsche, Ward y Evile, 2003; Callaghan, Gregg, Marx, Kohlenberg, y Gifford, 2004; Gaynor y Scout, 2002; Kohlenberg, Kanter, Bolling, Parker y Tsai, 2002).

Para una revisión más amplia de sus conceptos recomendamos la lectura en español de: Fernández Parra y Ferro (2006), Ferro (2006); Ferro y Valero (1998), Kohlenberg, Tsai, Ferro et al. (2005) y Pérez Álvarez (1996a, 1996b, 1998). En cuanto a sus últimas novedades recomendamos la lectura de Ferro, Valero y López (2007) y de Ferro (2008).



En este trabajo se expone un análisis del proceso terapéutico teniendo en cuenta su propuesta de conceptualización de un caso clínico. También se han elegido tres casos con una problemática compleja y que normalmente han sido clasificados como trastornos de personalidad, como una muestra de cómo lo harían tres terapeutas diferentes con diferentes historias desde la FAP.

ANÁLISIS DEL PROCESO TERAPÉUTICO DESDE FAP

El proceso terapéutico desde FAP se basa fundamentalmente, en lo que el cliente hace y dice en la propia sesión clínica. Las conductas del cliente son cualquier cosa que una persona hace: hablar, pensar, sentir, ver, oír, recordar, etc. (Kohlenberg y Tsai, 1994a). Estas conductas se han denominado Conductas Clínicamente Relevantes (CCR) (Kohlenberg, Hayes y Tsai, 1993; Kohlenberg y Tsai, 1991, 1994a, 1994b, 1995; Kohlenberg, Tsai y Kanter, 2009). Se han definido tres tipos de CCR. Las *tipo 1* son los problemas del cliente que ocurren durante la sesión, y que la terapia tiene que tratar de disminuir. Están bajo control de estímulos aversivos y suelen tener funciones de escape y de evitación. Las CCR *tipo 2*, son las conductas que se consideran mejoras del cliente que ocurren durante la sesión. Las *tipo 3*, son las interpretaciones del cliente de su propia conducta y lo que cree que la causa. Es decir, observaciones y descripciones de la conducta de uno mismo y de los estímulos reforzantes, discriminativos y elicítadores que están asociados a ella. Estas últimas también pueden ser CCR tipo 1 ó tipo 2, ya que las explicaciones pueden ser un problema o una mejora.

En el proceso terapéutico se tiene en cuenta también lo que el terapeuta debe hacer. Hay cinco Reglas Terapéuticas (Kohlenberg, Hayes y Tsai, 1993; Kohlenberg y Tsai, 1991, 1994a, 1995, Kohlenberg et al., 2005; Tsai, Kohlenberg, Kanter y Waltz, 2009). La *Regla nº 1*, consiste en desarrollar el repertorio de observación de las posibles CCR durante la sesión terapéutica. La *Regla nº 2* mantiene que hay que construir un ambiente terapéutico que evoque las CCR tanto tipo 1, para reducirlas como las CCR tipo 2, para incrementarlas. La *Regla nº 3*, sería organizar el reforzamiento positivo de las mejoras del cliente (CCR tipo 2). La *Regla nº 4*, propone desarrollar un repertorio para observar las propiedades reforzantes de la conducta del terapeuta en relación con las CCR del cliente. La *Regla nº 5* consiste en generar en el cliente un repertorio de descripción de las relaciones fun-

cionales entre las variables de control y las conductas (CCR tipo 3).

Como puede verse en el Cuadro 1, en el proceso terapéutico hay unas variables que se relacionan entre sí y que lo definen e interactúan de forma continua durante las sesiones. La historia relevante juega un papel clave en la génesis y mantenimiento de los problemas de las personas, tanto en la vida diaria como en la propia sesión terapéutica. El pasado no debe olvidarse en la comprensión de los problemas de una persona. Hay factores disposicionales motivacionales que tienen un origen histórico, como los eventos situacionales que afectan de manera indirecta a los problemas, como se verá mas adelante. El objetivo principal del proceso terapéutico no es otro que la transferencia de efectos entre los ambientes clínicos y diarios del cliente. Se trata de establecer una equivalencia funcional entre los problemas de la vida diaria y los problemas del cliente dentro de la sesión (CCR tipo 1), de forma tal que observando y evocando estas conductas (Reglas 1 y 2) se realiza esta transferencia. Y al contrario, las mejorías del cliente dentro de la sesión clínica (CCR tipo 2) transferirlas a la vida diaria, a través del reforzamiento natural y ver sus efectos en interacciones futuras (Reglas 3 y 4). Como se puede ver en el Cuadro 1, también resultan relevantes las interpretaciones y explicaciones que tienen los clientes de lo que les ocurre (CCR tipo 3), que pueden ser correctas o ser problemáticas (CCR 1 y 2), como ya se dijo. Estas interpretaciones suelen estar influidas por lo conceptos cognitivos o ideas acerca de lo que les pasa a las personas, e incluso, sobre qué creen que es la salud o el bienestar psicológico, la felicidad, etc. En la mayoría de los casos es necesario que el terapeuta genere en el cliente un repertorio de descripción de las relaciones funcionales entre las variables de control y las propias conductas, a través de modelos o bien de su moldeamiento directo (Regla 5).

Uno de los factores disposicionales menos tratados en los manuales de psicoterapia son los llamados *Eventos Situacionales*. Tales eventos o factores situaciones son condiciones complejas que ocurren de forma concurrente con las conductas que las influyen de manera indirecta y que están basados en las interacciones organismo-ambiente pasadas (Durand, 1990; Whaler y Fox, 1981). Hay varios tipos: *Biológicos* (como enfermedades y sus síntomas, cambios hormonales, efectos directos y/ o secundarios de fármacos y drogas, hábitos de comida y sueño, fatiga, etc.), *Sociales* (encuentros con amigos, familia, dificultades de tareas o demandas, personas en la

sala de espera, el propio terapeuta, etc.) y *Físicos* (el ambiente físico, mobiliario, temperatura, luz, ruido, etc.). Por ejemplo, en el caso de una pareja con problemas que asistía a consulta, ella se quejaba de que él se solía poner agresivo después de un comentario suyo, sin embargo este problema no solía aparecer en consulta. Estos comportamientos agresivos aparecían de manera esporádica cuando ella le hacía una crítica. El marido solía beber frecuentemente y se comprobó que un evento situacional biológico era la resaca después del consumo excesivo de alcohol de la noche anterior. En otro caso, el propio *rapport* puede funcionar como evento situacional social, es decir, el propio despacho de consulta, la imagen del terapeuta. Estos factores evocan CCR (Regla 2) y pueden funcionar como *operaciones de establecimiento* motivacionales (Dougher y Hackbert, 2000; Michael, 1993) provocando un cambio motivacional e incrementando así la probabilidad de ocurrencia de una determinada conducta. En el manual de FAP se describen situaciones que pueden evocar CCR y que algunas de ellas pueden llegar a funcionar como tales eventos situacionales (la propia estructura temporal de la terapia, las vacaciones del terapeuta, finalizar la terapia, los honorarios, los errores del terapeuta, los silencios en la conversación, las características del terapeuta, los acontecimientos inusuales, etc).

En psicoterapia las CCR más importantes son las causadas de forma múltiple. En el propio manual Kohlenberg y Tsai (1991) ofrecen un análisis de la conducta verbal del cliente. Con causación múltiple se alude a las descripciones o tactos del cliente referidos al mismo tiempo tanto a la situación clínica como a la vida cotidiana y, también, a las peticiones o mandos que tienen una intención disfrazada u oculta. Este tipo de mandos tienen una importancia capital en FAP por cuanto sirven para identificar correctamente las CCRs y son una manera de promover la generalización y la equivalencia funcional entre ambos contextos, clínico y cotidiano. Sería el caso, por ejemplo, de un cliente que en una cita por la mañana dijera: *"hoy no tenía ninguna gana de levantarme, pensaba que no podía"*. El terapeuta en ese caso debería cuestionar si, aún describiendo la dificultad de levantarse, no se estaría refiriendo a la conducta de evitar acudir a la cita por lo que se pudiera hablar ese día o por otras razones. Cuando la conducta en cuestión es débil o no tiene suficiente fuerza, se diría que es debido fundamentalmente a una mala historia de condicionamiento, es decir no ha sido reforzada suficientemente

y/o ha sido castigada. También podría ser que los estímulos que controlan esa respuesta no están claros en este momento. Imaginemos una audiencia que refuerce y castigue a la vez esa respuesta. Ejemplos de este tipo se dan en la formación de los "Problemas de Yo", como mantienen Kohlenberg y Tsai (1991, 2001). La Audiencia afecta a las conductas causadas de forma múltiple. Cuando hay causación múltiple, Skinner en *Conducta Verbal* (1957) definió a la *estimulación suplementaria* como la que podía evocar esta respuesta debilitada. Podría ser definida como una manera de fortalecer las respuestas que históricamente son débiles y que tienen una causación múltiple. Según Skinner (1957) hay varios tipos. Cuando el terapeuta conoce la posible respuesta se denominan *pistas* (prompt). Cuando se desconoce son llamados *tanteos* o sondeos (probe). Ambos a su vez estarían divididos en: *formales* (cuando hay una correspondencia formal entre la estimulación y la respuesta) y *temáticos* (que tienen que ver con el contenido de la misma). La mayor parte de las respuestas debilitadas las desconoce el terapeuta, para fortalecerlas se usarían los sondeos tanto formales como temáticos. Un ejemplo de tipo formal, sería el caso de decir una palabra el terapeuta que evocara la misma en el cliente. Si el terapeuta conociese la respuesta, un caso de maltrato por ejemplo y la ayuda fuera temática, el ejemplo de estimulación suplementaria sería una pista o prompt. Estas situaciones, sin ser abundantes, sí ocurren en terapia y conviene tomarlas en consideración no solo cuando el terapeuta conoce la respuesta sino cuando, aun sin tener la certeza de conocerla, la supone o postula como cierta. Un posible ejemplo de sondeo temático sería el uso de tests proyectivos como: TAT o Rorschach. Sería el caso por ejemplo de un cliente que evita hablar abiertamente de su homosexualidad y que a su vez ha dado señales al terapeuta sobre ella usando siempre el ambiguo *mi pareja* en lugar de usar su nombre propio o novio/a. Como ejemplo de sondeo temático es la descripción por parte del terapeuta del caso de otro cliente, estrategia muy utilizada y con gran valor clínico, como se expone en Ferro, Valero y Vives (2006).

Como se ha visto, la importancia de la causación múltiple está clara a lo largo de la relación terapéutica. Como mantiene Catania (1998), el humor es un ejemplo claro de causación múltiple. Se podría ampliar a cualquier estado afectivo, ya sea depresión, ansiedad, alegría, melancolía, etc., y estaría en función de la historia previa que el individuo tenga.

LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO DESDE FAP

A continuación, se va a describir una forma de conceptualización del caso clínico propuesta recientemente desde esta terapia (Kohlenberg y Tsai, 2000; Kohlenberg, Kanter, Bolling, Parker, y Tsai, 2002; Kanter, Weeks, Bonow, Landes, Callaghan y Follette, 2009). Consiste en un registro abierto, donde se describen variables que se suponen claves para el análisis de un caso clínico. Sería la descripción de conductas relevantes y la búsqueda continua de hipótesis a lo largo del proceso terapéutico. Sirve para tres propósitos: Primero, generar una manera de ver cómo la historia del cliente ha llevado a los problemas de la vida diaria actuales, y también de ver cómo los problemas son adaptativos, y serían las bases para que el cliente pueda aprender nuevas formas de comportamiento. Segundo, tratar de identificar los posibles fenómenos cognitivos que deben ser relacionados con los problemas actuales. Y tercero, identificar y predecir cómo las CCR deben ocurrir en la relaciones terapéuticas durante la sesión clínica (Kohlenberg, Kanter, Boling, et al., 2002).

Este registro consta de los siguientes apartados (ver Tabla 1):

1. Los *problemas* que el cliente tiene en la vida diaria. Son los problemas que el cliente presenta en su vida diaria, conceptualizados por el terapeuta.
2. Su *historia relevante*. En este apartado se describen los hechos relevantes en la vida de la persona que estén implicados en la etiología y el mantenimiento de los problemas.
3. Los *problemas* que aparecen en la sesión clínica. Serían las CCR tipo 1 y como se ha indicado son equivalentes funcionalmente a los problemas que se dan en la vida diaria.
4. Los *conceptos cognitivos* del paciente que interfieren con el tratamiento (pensamientos automáticos, código de creencias, ideas, asunciones) que deben ser objeto de la terapia. Entre estos conceptos están los valores que trae el cliente en relación con los más diversos temas que afectan de algún modo con el problema y su solución. Entre otros podríamos incluir: el concepto de bienestar psicológico, la felicidad, la justicia de la propia vida, etc. También en este apartado se incluyen lo que en la Terapia Cognitiva de Beck (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) se denominan distorsiones cognitivas (sobre-generalización, magnificación, abstracción arbitraria, etc.)

5. *Sus objetivos de la vida diaria.* Es decir, lo que se pretendería conseguir y generalizar a la vida de esa persona, y los cambios progresivos que pretende alcanzar el cliente, conceptualizados por el terapeuta.
6. *Los objetivos que se marcaría el terapeuta en la propia sesión.* Es decir, las CCR 2, los cambios que se quieren conseguir en la sesión clínica.

A continuación, se exponen tres ejemplos de conceptualización de tres casos clínicos que han sido elaborados a lo largo de su tratamiento por tres terapeutas diferentes, como ejemplos del desarrollo de este esquema y que han sido tratados con éxito. Por cuestiones de ajustes de las normativas de la publicación se han redactado sin usar el esquema de la Tabla 1.

Caso 1. MARÍA

Mujer de 26 años, estudiante universitaria. Presenta trastornos emocionales, y problemas de relación con los demás. Diagnosticada como "trastorno límite de personalidad" por un psiquiatra que la vio anteriormente. Fue tratada durante más de dos años por uno de los autores, a través de Activación Conductual y FAP, también se usaron metáforas y ejercicios de ACT.

1. Problemas en la vida diaria

- ✓ Crisis esporádicas (agresividad, autolesiones, llanto, irritabilidad, pensamientos auto-despreciativos, tristeza, insultos a los demás, a veces agresividad contra objetos) cuando está sola y siempre desencadenadas por pensamientos recurrentes sobre su pasado.
- ✓ Bajos resultados en los estudios. Le quedan asignaturas de varios cursos. Aprueba 1 ó 2 asignaturas por curso.
- ✓ No tiene trabajo.
- ✓ No es independiente, aún vive con su madre.
- ✓ Ha tenido múltiples parejas, generalmente con problemas y con una duración breve.
- ✓ Cuando tiene conflictos con otras personas (según ella la dejaban en ridículo, "le insultaban") tiene conductas extrañas, aislamiento y brotes de agresividad verbal y violencia.
- ✓ Tiene pensamientos auto-despreciativos, y pensamientos continuos sobre su historia, que revive continuamente y le hacen sentir mal (situaciones vividas con la madre, el padre, otros compañeros, novios, terapeutas anteriores, etc.). Esos pensamientos se inician por cualquier detalle (especialmente cuando está sola). Después de media hora

pensando en esos recuerdos se pone irritable, furiosa, llora, y agrede a personas y a objetos.

- ✓ Abusa del teléfono e Internet.
- ✓ Se da atracones esporádicos de comida.

2. Historia relevante

- ✓ Padres separados.
- ✓ Posible historia de maltrato de su madre.
- ✓ Mala relación con sus padres:
 - ✓ Grandes conflictos con la madre.
 - ✓ Vivió una temporada con el padre, mantiene que no le hacía mucho caso.
- ✓ Historia laboral problemática. Decide irse de varios trabajos por problemas con los compañeros porque, según ella, abusan, critican, menosprecian, continuamente.
- ✓ Historia de varios tratamientos con psiquiatras y psicólogos.
- ✓ Ingreso en una unidad de agudos posterior a varios episodios agresivos y autolesivos en casa con su madre.
- ✓ Recibe tratamiento farmacológico desde entonces (antidepresivos, somníferos, antipsicóticos).
- ✓ Historia anterior de abandono de tratamiento psicológico por mejoría. La demanda en este caso fue por problemas con los estudios y no poder levantarse por la mañana y la duración fue de un año.
- ✓ Historia anterior de diversos tratamientos y grupos de autoayuda (incluso grupos pseudo-religiosos y pseudo-psicológicos). Abandona el tratamiento porque mantiene que le han dado de lado, ellos le han insultado y denigrado más.
- ✓ Viene a consulta tras crisis autolesivas y agresivas.

TABLA 1
ESQUEMA DE CONCEPTUALIZACIÓN DE
UN CASO SEGÚN LAS ÁREAS

Nombre:	Fecha:
1. Problemas en la vida diaria	
2. Historia relevante	
3. Problemas en la sesión. CCR-1	
4. Conceptos cognitivos (pensamientos automáticos, creencias, asunciones)	
5. Objetivos en la vida diaria	
6. Objetivos en sesión. CCR-2	

3. Problemas en la sesión CCR-1

- ✓ Siempre cuenta las mismas historias que le han pasado con otras personas. Repite continuamente el mismo tipo de recuerdos y episodios que la ridiculizaron e hicieron daño en el pasado.
- ✓ Se queja de falta de autoestima, falta de decisión, no tener gana de hacer nada, etc.
- ✓ No sigue las instrucciones terapéuticas (no hace registros, ni las actividades acordadas, etc.)
- ✓ Siempre da su aprobación a lo que le propone el terapeuta, siempre dice *"sí... claro, eso es lo que tengo que hacer"*, pero nunca lo hace.
- ✓ Cuando hay algún material aversivo en la conversación, sonríe exageradamente, pero no lo cuenta.
- ✓ No expresa bien sus emociones y reconoce lo absurdo de sus reacciones, se ríe de ellas, pero no las expresa.
- ✓ En los silencios, siempre espera que el terapeuta dé las indicaciones o siga la conversación.
- ✓ Es dependiente del terapeuta. Cuenta sus historias y espera los consejos a realizar, y hace preguntas explícitas *"cómo puedo hacer tal cosa, qué he de hacer..."*

4. Conceptos Cognitivos

- ✓ Pensamientos negativos continuos sobre sí misma, su poca valía, el daño que le hicieron, su poca autoestima, poca personalidad, etc.
- ✓ Considera que sus parejas la utilizan o la han utilizado.
- ✓ Tiene ideas sobre que los demás la utilizan, la insultan, la dejan en ridículo y la denigran.
- ✓ Las mejoras las atribuye a los fármacos, no a la terapia.

5. Objetivos en la vida diaria

- ✓ Reducir las crisis emocionales.
- ✓ Mejorar las relaciones con su madre y hermano.
- ✓ Terminar de aprobar las asignaturas que le quedan.
- ✓ Establecer y mantener relaciones sociales más positivas.
- ✓ Conseguir una pareja estable.
- ✓ Encontrar unos objetivos en su vida personal.
- ✓ Reducir su impulsividad (abuso del Internet, teléfono, atracones de comida)
- ✓ Conseguir algún trabajo esporádico y mantenerlo.

6. Objetivos en sesión CCR-2

- ✓ Hablar y expresar mejor sus emociones.
- ✓ Disminuir sus sonrisas extemporáneas, cuando se habla de algo problemático.

- ✓ Reducir los comentarios fuera de lugar.
- ✓ Reducir el hablar constantemente de las mismas historias.
- ✓ Hablar de su pasado sin que ello genere una crisis.
- ✓ Aceptar que los demás hagan y piensen de manera diferente a ella.
- ✓ Disminuir la dependencia con el terapeuta, tomar sus propias decisiones y conclusiones.
- ✓ Aumentar conductas sociales positivas, tono y forma de hablar, contacto ocular, etc.
- ✓ Describir episodios positivos y emociones positivas que le ocurren.

Caso 2. BERTA

Mujer de 19 años, la mayor de una familia de 3 hermanos. Estudiante universitaria. Vive en un piso de estudiantes fuera de su familia. Según el terapeuta que la trató presentaba un trastorno leve del yo (*"Yo Inestable"*), siguiendo los criterios expuestos por Kohlenberg y Tsai (1991).

1. Problemas en la vida diaria

- ✓ Tiene miedo al ridículo y a lo que puedan pensar los demás.
- ✓ Es muy sensible a las críticas.
- ✓ Presenta miedo a las críticas.
- ✓ Evita situaciones sociales.
- ✓ Se bloquea en las situaciones sociales, no sabe qué decir, piensa que la están observando, no sabe cómo moverse.
- ✓ Tiene problemas con su pareja. Ella no se siente querida por él. Discuten por esta razón. No se atreve a romper la relación por miedo a quedarse sola. Cree que él no la quiere y ella tiene dudas sobre si lo quiere realmente o está con él por miedo a quedarse sola.
- ✓ Pregunta frecuentemente a sus amigas qué creen que le pasa a ella.
- ✓ Decir y hacer lo que digan sus amigas (*lo que diga mi amiga X, va a misa*).

2. Historia relevante

- ✓ Va a estudiar a otra ciudad porque quiere desconectar con su ambiente y conocer a gente nueva (como una forma de resolver su problema).
- ✓ Presenta problemas de relación con los demás de forma histórica.
- ✓ Su madre ha sufrido varias depresiones (*"mi madre se parece mucho a mí"*, *"le pasan cosas con los demás como a mí"*).

- ✓ Sus padres la han comparado siempre con unas de sus primas.
- ✓ Sus padres nunca han reconocido lo que ella hace bien y sólo describen los errores.

3. Problemas en la sesión. CCR-1

- ✓ Quejarse sobre ella misma y su incapacidad (*no sé cómo estar bien, preferiría quedarme sola, cuando escucho a mis amigas intento ser como ellas y no puedo, No encuentro ninguna inquietud*).
- ✓ Quiere una explicación "psicológica" de lo que le pasa. *"Yo lo que quiero es saber qué me pasa"*.
- ✓ Tiene un concepto de sí misma muy deteriorado, se considera fea (es atractiva), inútil, imbécil.
- ✓ Aparecen frecuentes autocríticas.
- ✓ No puede realizar ejercicios de introspección, se resiste (*no puedo*), abre los ojos, etc.
- ✓ Siempre habla bien de su familia (pero teóricamente le han tenido que afectar en su formación del yo).

4. Conceptos Cognitivos

- ✓ Como una causa de sus problemas y de su solución, cree en:
 - ✓ Que no tiene autoestima. Como algo necesario para poder vivir y arreglar lo que le pasa.
 - ✓ La necesidad de darse ánimo: *"Quiero darme valor"*.
 - ✓ Sentirse superior a los demás: *"Me tengo que sentir superior a los demás para sentirme bien, eso lo oí en un curso"*.
- ✓ Problemas con el autoconcepto:
 - ✓ *"No me he encontrado a mí misma"*.
 - ✓ *"No sé cómo ser yo misma"*.
 - ✓ *"No me reconozco a mí misma"*.

5. Objetivos en la vida diaria

- ✓ Que no le afecten las críticas de los demás y no tenga miedo a éstas.
- ✓ No aceptar sin más las críticas que le hacen los demás.
- ✓ Enfrentarse a situaciones sociales y comportarse de manera natural.
- ✓ Ser capaz de romper la relación con su novio.

6. Objetivos en sesión. CCR-2

- ✓ Enfrentarse a las críticas del terapeuta.
- ✓ Incrementar las respuestas tipo YO + X. Qué siente, qué piensa, qué quiere...
- ✓ Reconocer cuando está mejor que lo está.
- ✓ No psicologizar sus problemas.
- ✓ Hacer los ejercicios de introspección sin evitar.
- ✓ Hablar de sus problemas con la relación de sus padres en referencia a ella misma.

- ✓ Hablar de cómo es ella.
- ✓ Saber qué le pasa y qué le ha pasado.

Caso 3. JUAN

Hombre de 30 años. Es el mayor de 3 hermanos. En la actualidad vive con sus padres y no trabaja. Cumplía los criterios para un diagnóstico de "trastorno esquizotípico de la personalidad", según el sistema DSM-IV (APA, 1994).

1. Problemas en la vida diaria

- ✓ Duerme poco y mal desde hace un mes.
- ✓ Muestra aislamiento social: evita contactos sociales, evita dar explicaciones sobre él mismo, evita hablar con sus padres y apenas responde ni siquiera a preguntas simples.
- ✓ Pasa todo el tiempo en casa de sus padres encerrado en su habitación sin hacer nada, gran parte del tiempo llorando.

2. Historia relevante

- ✓ Tiene 30 años y su novia lo acaba de dejar.
- ✓ Actualmente no trabaja.
- ✓ Ha abandonado todos los trabajos sin dar explicaciones.
- ✓ Ha dejado tareas importantes sin hacer o sin terminar (estudios, pinturas y dibujos, gestiones bancarias, renovaciones de carnets, etc).
- ✓ Relaciones sociales y familiares muy problemáticas con periodos de aislamiento.
- ✓ Frecuentes conductas con funciones de castigo hacia los demás, sobre todo hacia su familia (episodios de ira, de desprecio y de ignorarles, negativas a asistir a eventos familiares).

3. Problemas en la sesión. CCR-1

- ✓ Acude a consulta con gafas oscuras y en la primera consulta no se las quita.
- ✓ No mantiene el contacto ocular con el terapeuta.
- ✓ Tiene excesiva seriedad y postura muy rígida.
- ✓ Muestra dispersión al comunicarse, cambia de temas y responde con evasivas a las preguntas que se le formulan.
- ✓ Usa una alta frecuencia de *"no sé..."*.
- ✓ No termina las frases y cuando se le fuerza a ello, aparecen bloqueos y silencios.
- ✓ Se niega a cumplimentar cuestionarios o tests con evasivas y razones inexactas.
- ✓ No sigue las instrucciones del terapeuta aunque se compromete con ellas. Cuando se le pide, y se compromete a que traiga por escrito los hechos re-

levantes acerca de porqué está así, no lo trae. Las razones que da para justificarlo son caóticas.

- ✓ Da explicaciones incorrectas acerca de las causas de su conducta.

4. Conceptos cognitivos

- ✓ Tiene ideas sobregeneralizadas: *"No le encuentro una salida práctica a mi creatividad, si en este mundo no importa el arte, ¿qué pinto yo en este mundo?"*.
- ✓ Presenta ideas delirantes de grandeza: *"Lo que pasa es que la gente no me entiende, yo soy muy rápido pensando y la gente no está a mi altura"*.
- ✓ Culpabiliza a su padre de lo que le ocurre: *"La culpa de todo lo que me pasa la tiene mi padre"*.
- ✓ Muestra ideas magnificadas de lo que le va a ocurrir: *"Aquí no puedo salir a la calle porque me asaltan los recuerdos y me atrapan"*.

5. Objetivos en la vida diaria

- ✓ Reducir las conductas de evitación.
- ✓ Incrementar la tasa de conductas potencialmente reforzantes.
- ✓ Terminar las tareas que deja a medias, incluida la terapia.
- ✓ Incrementar el repertorio verbal que haga más probable establecer relaciones causales correctas.
- ✓ Incrementar las relaciones sociales positivas.

6. Objetivos en sesión. CCR-2

- ✓ No abandonar la terapia.
- ✓ Mantener el contacto ocular.
- ✓ Reducir los bloqueos en la comunicación ("no se") y los silencios.
- ✓ Terminar las frases que empieza.
- ✓ Establecer relaciones funcionales correctas de lo que le ocurre.
- ✓ Aumentar en el repertorio social simple, como saludar y despedirse.
- ✓ Mantener una relación natural con el terapeuta, expresar lo que le gusta y lo que no le gusta con naturalidad.
- ✓ Terminar la terapia de manera adecuada.

CONCLUSIONES

Se ha expuesto un análisis del proceso terapéutico según FAP, analizando las variables implicadas en el mismo. Por otro lado, se han descrito las variables y la forma de la conceptualización de un caso clínico que se ha propuesto recientemente, mediante un esquema que resume la información y sirve de orientación al profesional

sobre las conductas en la que fijar su atención, la equivalencia entre los problemas fuera y dentro de la propia sesión, así como las argumentaciones de esa persona sobre su propia conducta. Además, se han presentado los esquemas de tres casos clínicos con diagnósticos diferentes, y que tienen en común el carácter difuso de esos problemas y su larga historia o cronicidad, que implican una larga historia de aprendizaje en esos repertorios cognitivos y emocionales.

Este esquema centra al clínico sobre las conductas que ocurren dentro de la propia sesión y que se consideran que deben aumentar, y sobre aquéllas que deberían disminuir, y también sobre las verbalizaciones sobre relaciones funcionales entre su conducta y los demás. Y a partir de ahí, ponerlas en relación con las conductas problemáticas en la vida cotidiana de esa persona. No se debe olvidar que la relevancia clínica de una operante observada en la sesión debe valorarse en relación con el conjunto de problemas que presenta el cliente, de ahí la importancia de la conceptualización del caso.

Como se ha descrito, la FAP es un poderoso tratamiento por sí misma y además, es una aproximación integradora que puede ser combinada con cualquier terapia (Kohlenberg, Tsai, Ferro, et al., 2005). Esta estrategia de síntesis de un caso clínico viene a ayudar al clínico a analizar la información, estructurar sus objetivos terapéuticos y atender los cambios que se van produciendo durante todo el proceso. Es una cuestión empírica demostrar su mayor o menor utilidad, independientemente de la formación clínica del terapeuta, pero por ahora esa utilidad se ha mostrado en nuestra experiencia profesional.

En los tres casos se produjeron mejorías. En el caso 1 de María, tras el tratamiento aparecieron distintas mejorías como: ha aprobado algunas asignaturas, tiene relaciones con más amigos y parejas esporádicas, y han disminuido los episodios de crisis emocionales. Las relaciones familiares han mejorado. Un aborto en ese último año, apenas le afectó como otros acontecimientos equivalentes anteriores. Ha viajado, ha sabido negarse a algunas relaciones esporádicas con varones, y colabora algo en casa. En el caso 2 de Berta, tras el tratamiento consiguió hacer los ejercicios de introspección sin escapar o negarse, se comportaba con naturalidad con su grupo de amigos, terminó la carrera, hablaba sobre la influencia de su relación familiar con su problema, aceptaba críticas y en algunas de ellas se enfrentaba, dando

su opinión. En el tercer caso, disminuyeron en gran medida las conductas de evitación y los bloqueos, tanto en el contexto clínico como en la vida cotidiana, mejorando la cantidad y la calidad de las relaciones sociales y familiares, encontró un trabajo que mantenía a los ocho meses de terminada la terapia y decía centrarse en la pintura ya sólo como afición.

En la práctica clínica diaria, nuestro equipo está aplicando esta forma de conceptualizar el caso desde esta terapia en problemas como: trastornos depresivos, problemas de personalidad, obsesiones, ansiedad generalizada, etc. También este esquema de análisis se ha aplicado a otros casos habituales de ansiedad específica, problemas de estudio, relaciones de pareja, relaciones entre padres e hijos y en lo que tradicionalmente se ha llamado habilidades sociales. En cualquiera de ellos ha sido de gran utilidad clínica. Por otro lado, también se ha aplicado a estudiantes en formación, y en terapias noveles mejorando su formación.

Estamos de acuerdo con Whaler y Fox (1981) cuando mantienen que el análisis de los *eventos situacionales* es crucial en términos de efectividad del tratamiento, tanto en el cambio inicial como en términos de la generalización y del mantenimiento del cambio de conducta.

Como mantienen Martell, Addis y Jacobson (2001), es imposible comprender todas las contingencias que han ocasionado y mantenido una conducta en particular. La historia juega un papel fundamental en todo este proceso. La alternativa viene dada por la descripción y clasificación de clases de conductas organizándolas en esta conceptualización del caso.

Nuestra experiencia nos indica que la selección de CCR tanto en la conceptualización del caso como en la propia aplicación de la terapia, está en función de la historia previa y del repertorio del propio terapeuta y más específicamente, de sus creencias sobre psicopatología y bienestar psicológico e incluso, de sus valores y de ahí que aparezcan diferencias entre los terapeutas que los realizan. No cabe duda que esta aproximación puede ser útil a otros clínicos que trabajan con problemas psicológicos "difusos" o poco definidos, que puede ayudar a la toma de decisiones sobre los objetivos de tratamiento y el manejo de las sesiones terapéuticas, y que también puede ayudar a la formación y tutorización de alumnos al trabajar en los casos. Hay que seguir trabajando y que no deja de ser una primera aproximación, pero que creemos de gran utilidad práctica.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Apsche, J.A., Ward, S.R. y Evile, M.M. (2003). Mode Deactivation: A Functionally based treatment, theoretical constructs. *The Behavior Analyst Today*, 3, 4, 455-459.
- Beck, A. T., Rush, A.J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Catania, A. C. (1998). *Learning*. Fourth Edition. New Jersey: Prentice Hall.
- Callaghan, G.M., Gregg, J.A., Marx, B.P., Kohlenberg, B.S. y Gifford, E. (2004). FACT: The utility of an integration of Functional Analytic Psychotherapy and Acceptance and Commitment Therapy to alleviate human suffering. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 195-207.
- Dougher, M.J. y Hackbert, L. (2000). Establishing operations, cognition, and emotion. *The Behavior Analyst*, 23, 11-24.
- Durand, V.M. (1990). *Severe Behavior Problems. A Functional communication Training Approach*. New York: Guilford Press.
- Fernández Parra, A. y Ferro García, R. (2006). La Psicoterapia Analítico-Funcional: una aproximación contextual funcional al tratamiento psicológico. *Edupsykhé*, 5, 2, 203-229.
- Ferro García, R. (2006). La Psicoterapia Analítica funcional: estableciendo relaciones terapéuticas intensas y curativas. *Psicología Conductual*, 14, 3, 343-359.
- Ferro García, R. (2008). Recent Studies in functional Analytic Psychotherapy. *Internacional Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 4, 2, 239-249.
- Ferro García, R. y Valero, L. (1998). Psicoterapias conductistas: nuevos enfoques clínicos. *Psicologemas*, 12, 31-62.
- Ferro García, R., Valero Aguayo, L. y López Bermúdez, M. A. (2007). Novedades y aportaciones desde la Psicoterapia Analítica Funcional. *Psicothema*, 19, 3, 452-458.
- Ferro García, R., Valero, L. y Vives, M.C. (2006). Application of Functional Analytic Psychotherapy: Clinical Analysis of a patient with Depressive Disorder. *The Behavior Analyst Today*, 7, 1-18.
- Gaynor, S.T. y Scott, P. (2002). Complementing CBT for depressed adolescents with learning through in vivo experience (LIVE): Conceptual Analysis, Treatment

- description, and feasibility study. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 30, 79-101.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An Experiential Approach to Behavior Change*. New York: The Guilford Press.
- Jacobson, N.J. y Christensen, A. (1996). *Acceptance and Change in Couple Therapy*. New York: Norton.
- Kanter, J. W., Weeks, C. E., Bonow, J. T., Landes, S. J., Callaghan, G. M. y Follette, W. C. (2009). Assessment and Case Conceptualization. En M. Tsai, R. J. Kohlenberg, J. W. Kanter, B. Kohlenberg, W.C. Follette, y G. M. Callaghan, G.M. (Eds). *A Guide to Functional Analytic Psychotherapy. Awareness, Courage, Love and Behaviorism*. (pp.: 37-59). New York: Springer.
- Kohlenberg, R.J., Hayes, S.C. y Tsai, M. (1993). Radical behavioral psychotherapy: Two contemporary examples. *Clinical Psychology Review*, 13, 579-592.
- Kohlenberg, R.J., Kanter, J.W., Bolling, M.Y., Parker, C.R. y Tsai, M. (2002). Enhancing Cognitive Therapy for Depression with Functional Analytic Psychotherapy: Treatment Guidelines and Empirical Findings. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 213-229.
- Kohlenberg, R.J. y Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy. Creating intense and curative therapeutic relationship*. New York: Plenum Press. (traducción en español en el Servicio de Publicaciones Universidad de Málaga, 2007).
- Kohlenberg, R.J. y Tsai, M. (1994a). Improving cognitive therapy for depression with functional analytic psychotherapy: Theory and case study. *The Behavior Analyst*, 17, 305-319.
- Kohlenberg, R.J. y Tsai, M. (1994b) Functional Analytic Psychotherapy: A Radical Behavioral Approach to Treatment and Integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 4, 174-201.
- Kohlenberg, R.J. y Tsai, M. (1995). Functional analytic psychotherapy: a behavioral approach to intensive treatment. En W. O'Donohue y L. Krasner (Eds.), *Theories of behavior therapy. Exploring behavior change*, (pp.: 637-658). Washington: APA.
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M.. (2000). Radical Behavioral Help for Katrina. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 500-505.
- Kohlenberg, R.J. y Tsai, M. (2001). Hablo, luego existo: una aproximación conductual para entender los problemas del yo. *Escritos de Psicología*, 5, 58-62.
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M. y Kanter, J. W. (2009). What is Functional Analytic Psychotherapy? En M. Tsai, R. J. Kohlenberg, J. W. Kanter, B. Kohlenberg, W.C. Follette, y G. M. Callaghan, G.M. (Eds). *A Guide to Functional Analytic Psychotherapy. Awareness, Courage, Love and Behaviorism*. (pp.: 1-19). New York: Springer.
- Kohlenberg, R.J., Tsai, M., Ferro García, R., Valero, L., Fernández Parra, A., y Virués-Ortega, J. (2005). Psicoterapia analítico-funcional y terapia de aceptación y compromiso: Teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(2), 37-67.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: The Guilford Press.
- Martell, C. R., Addis, M. E. y Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context, strategies for guided action*. New York: Norton.
- Michael, J. (1993). Establishing operations. *The Behavior Analyst*, 16, 191-206.
- O'Donohue, W. (1998). Conditioning and third-generation behavior therapy. En W. O'Donohue (Ed.). *Learning and behavior therapy* (pp.: 1-14). Needham Heights: Allyn and Bacon.
- Pérez Álvarez, M. (1996a). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pérez Álvarez, M. (1996b). *Tratamientos psicológicos*. Madrid: Universitat.
- Pérez Álvarez, M. (1998). La Psicología Clínica desde un punto de vista contextual. *Papeles del Psicólogo*, 69, 25-40.
- Pérez Álvarez, M. (2006). La terapia de Conducta de tercera generación. *Edipsykhe*, 5, 2, 159-172.
- Skinner, B. F. (1957/1981). *Conducta Verbal*. México: Trillas.
- Tsai, M., Kohlenberg, R.J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B., Follette, W.C. y Callaghan, G.M. (2009). *A Guide to Functional Analytic Psychotherapy. Awareness, Courage, Love and Behaviorism*. New York: Springer.
- Tsai, M., Kohlenberg, R.J., Kanter, J. W., y Waltz, J. (2009). Therapeutic Technique: The Five Rules. En M. Tsai, R. J. Kohlenberg, J. W. Kanter, B. Kohlenberg, W.C. Follette, y G. M. Callaghan, G.M. (Eds). *A Guide to Functional Analytic Psychotherapy. Awareness, Courage, Love and Behaviorism*. (pp.: 61-102). New York: Springer.
- Whaler, R. G. y Fox, J. J. (1981). Setting events in Applied Behavior Analysis: Toward a Conceptual and Methodological Expansion. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 14, 3, 327-338.

La Psicoterapia Analítico Funcional: aproximaciones y alcances de una terapia conductual basada en los cambios dentro del contexto terapéutico

Amanda M. Muñoz-Martínez

*Psicóloga (Universidad el Bosque, Bogotá, Colombia)
Magister en Psicología Clínica (Pontificia Universidad Javeriana)
Estudiante de Doctorado en Psicología Clínica (University of Nevada, Reno, Estados Unidos)
Entrenadora Certificada en la Psicoterapia Analítico Funcional (University of Washington)
Investigador Grupo de Investigación en Ciencias del Comportamiento Comportamiento
(Fundación Universitaria Konrad Lorenz)
E-mail: amandamile@gmail.com*

Juan Pablo Coletti

*Licenciado en Psicología, UBA
Docente de Posgrado, Facultad de Ciencias Humanas y de la Conducta, Universidad Favaloro
E-mail: juanpacoletti@gmail.com*

Resumen

La Psicoterapia Analítico Funcional (FAP, por sus siglas en inglés) es una terapia desarrollada en el contexto de las llamadas «terapias de tercera generación». La FAP se caracteriza por hacer uso de la relación terapéutica y los comportamientos en ésta para mejorar el funcionamiento de los consultantes en su vida diaria. El modelo se apoya en los principios del análisis de la conducta y la filosofía contextualista funcional. La FAP propone que los comportamientos de los clientes en sesión son funcionalmente equivalentes a aquellos fuera de sesión; por lo tanto, cuando los terapeutas responden de manera contingente a las conductas del consultante en sesión, promueven e incrementan las mejorías en el ambiente natural. Este artículo da cuenta de las características centrales de este proceso terapéutico, sus principios filosóficos, sus alcances y los desafíos en el campo investigativo para consolidarse como tratamiento independiente basado en la evidencia.

Palabras clave: Psicoterapia Analítico Funcional (FAP) - Terapias de tercera generación - Relación terapéutica - Conductas clínicamente relevantes.

FUNCTIONAL ANALYTIC PSYCHOTHERAPY: APPROACHES AND SCOPE OF BEHAVIOR THERAPY BASED ON CHANGES IN THE THERAPEUTIC CONTEXT

Abstract

Functional Analytic Psychotherapy (FAP) is a therapeutic approach developed in «third wave therapies» context. FAP is characterized by use therapeutic relationship and the behaviors emit into it to improve clients daily life functioning. This therapeutic model is supported in behavior analysis principles and contextual functionalism philosophy. FAP proposes that clients behavior in session are functional equivalent with those out of session; therefore, when therapists respond to clients behaviors in session contingently, they promote and increase improvements in the natural setting. This article poses main features of FAP, its philosophical roots, achievements and research challenges to establish FAP as an independent treatment based on the evidence.

Key words: Functional Analytic Psychotherapy - Third wave therapies - Therapeutic relationship - Clinical relevant behaviors.

Introducción

La Psicoterapia Analítico Funcional (FAP, por sus siglas en inglés) es un modelo terapéutico enmarcado dentro de las llamadas «terapias contextuales de tercera generación» (1), basada en los principios del análisis del comportamiento, que plantean la importancia del cambio en el contexto para conseguir modificar el comportamiento de los individuos (2), siendo un modelo terapéutico contextualista, en donde la conducta se concibe como el acto en contexto (el comportamiento está en función del ambiente y hay una mutua afectación), y no mecanicista (donde el comportamiento está controlado por causas externas que se encuentran en el inmediato previo a la aparición de éste) (3). Cabe señalar que para el análisis de la conducta el contexto no se entiende únicamente como los eventos físicos que rodean al individuo, sino que incluye todos aquellos factores que lo afectan probabilísticamente hablando (4), lo que incluye en algunas situaciones su propia conducta (2, 5), estableciendo relaciones con el ambiente que no incluyen únicamente la apariencia física de los estímulos, sino la función o funciones que cumplen al interactuar. A manera de ejemplo, en la interacción madre hijo, cuando la madre amamanta a su hijo, el niño no sólo aprende que ella es el “estímulo” proveedor de alimento, sino que durante dicha interacción la madre emite otras conductas como cercanía afectiva, cuidado, estimulación sensorial, etc. Estos comportamientos no están relacionados directamente con la actividad de amamantar, de manera que los estímulos pueden tener diferentes funciones (6), lo que se ha denominado como equivalencia funcional (7). Basándose en el principio de equivalencia funcional, la FAP plantea que es posible modificar el comportamiento de los consultantes en sesión y generalizar dichos cambios fuera de la misma, en tanto la relación terapéutica comparte funciones con muchas de las relaciones que los individuos tienen en sus vidas (7-8). Al respecto, la FAP propone que la relación terapéutica no es un factor que conduce al cambio (mediándolo), ni tampoco un elemento moderador, como se ha propuesto en muchas de las investigaciones tradicionales sobre la alianza terapéutica (9), sino que es el contexto en el que se da el cambio.

Todo ocurre en el aquí y ahora de la sesión

Desde el punto de vista de FAP, los principios del análisis del comportamiento operan en cualquier contexto humano por lo cual la interacción consultante-terapeuta no es ajena a dichos principios (10). De acuerdo con dicha perspectiva, el comportamiento aumenta o se fortalece mediante un proceso llamado reforzamiento, donde la consecuencia del comportarse da con una condición o estímulo denominado “reforzador”. Cuando el comportamiento queda sin refuerzo tiende a debilitarse y puede desaparecer del repertorio del sujeto; a este proceso se lo llama extinción. La consideración de los principios conductuales en el contexto clínico, sin apelar a conceptos mediacionales para explicar los cambios,

es un fenómeno relativamente nuevo en el campo de la psicoterapia, particularmente presente en el marco de las terapias contextuales (11).

De manera específica, en la FAP, el terapeuta analiza el comportamiento del cliente fuera y dentro de sesión con el fin de establecer las funciones que comparten las conductas de éste en los dos contextos, haciendo uso de una formulación de caso que le permite al clínico organizar la información y determinar las acciones terapéuticas idóneas para fomentar el cambio en sesión, además de discriminar las conductas del terapeuta que podrían propender por el cambio (T2s), o las que podrían ir en detrimento del consultante de no ser intervenidas o estar bajo la atención del clínico (T1s) (8). Los comportamientos del cliente que se identifican como problema y objetivo en sesión se denominan Comportamientos Clínicamente Relevantes (CCR), y las acciones por parte del terapeuta que buscan reforzar, bloquear, extinguir y facilitar la generalización de las CCRs a la vida cotidiana del consultante, se denominan Reglas Terapéuticas (7). Con respecto a las CCR, en la FAP se discriminan tres tipos. Las CCR1, que representan las conductas problemáticas que se busca decrecer en intensidad y frecuencia de aparición; las CCR2 que representan las mejorías del paciente en sesión, y las CCR3 que son las verbalizaciones que el consultante hace acerca de las fuentes de control de su comportamiento y que el terapeuta moldea a través de interpretaciones funcionales de las interacciones cliente-terapeuta en la sesión o de las relaciones que tiene fuera de consulta (7). Algunos ejemplos que ilustran estos conceptos son: (a) CCR1s, un cliente con dificultades para expresar desacuerdos asiente frente al pedido del terapeuta de cambiar la hora de la sesión aunque ello le trae dificultades; un hombre con dificultades para expresar en forma asertiva su enojo le dice al terapeuta, en tono elevado, que le molesta cuando le pregunta que siente, (b) CCR2s, una consultante con dificultades para confiar en los hombres le cuenta un secreto que no ha contado a nadie al terapeuta hombre; un joven con ansiedad social y dificultades para comunicar como se siente pide que se apague el aire acondicionado porque tiene frío en sesión, y más tarde expresa desacuerdo respecto a un comentario del terapeuta, y (c) CCR3, el consultante le expresa a su terapeuta que cada vez se siente más seguro con él, porque cuando le habló sobre situaciones dolorosas el terapeuta le ha mostrado cercanía y comprensión. Es importante notar en todos estos ejemplos, que las CCRs se presentan en el contexto de la conducta del terapeuta, pues no es la morfología de los comportamientos lo que determina si es o no una CCR, sino la función que cumplen, de manera que el mismo comportamiento que para un consultante contaría como una mejoría puede tener funciones problemáticas para otro y viceversa.

Reglas terapéuticas: las guías para el trabajo con la psicoterapia analítico funcional

Los autores proponen cinco reglas para el trabajo en FAP; esto no implica sostener una pauta rígida de intervención, ni responder a un protocolo de secuencias pre-

establecidas. Por el contrario, las cinco reglas propuestas en esta terapia buscan ayudar a que el terapeuta tenga una guía que soporte su práctica apoyada en los principios que sustentan el modelo, es decir los principios analíticos funcionales de la filosofía contextualista funcional. La regla N° 1 implica estar atento a las CCRs. La atención sobre las CCRs conlleva el desarrollo de una sensibilidad tal que le permita al terapeuta notar cuándo las formas del comportamiento del paciente, en la interacción terapéutica, tienen vinculación funcional con los comportamientos problemáticos o las mejoras buscadas en su vida cotidiana. Los autores consideran a ésta una de las reglas esenciales para la efectividad del tratamiento dado que si el terapeuta puede detectar la ocurrencia de una CCR, responderá en forma natural, reforzando, bloqueando o extinguiendo dicho comportamiento, lo que se reflejará en los resultados positivos del proceso. El ejercicio práctico de la regla 1 se manifiesta con los “paralelos” que el terapeuta establece entre el comportamiento de la vida cotidiana del consultante y lo que ocurre en la sesión. En este contexto, las reacciones emocionales del terapeuta ofician de marcadores valiosos para identificar Conductas Clínicamente Relevantes (7).

*Ejemplo clínico de la regla N° 1
(establecimiento de paralelos):*

T: “Cuando dices que estás harta de los profesionales del mundo psi te noto molesta y siento que hay algo que me estás tratando de decir en forma indirecta, ¿es así?”

T: “Noto que estás evitando mirarme a los ojos y estás moviendo el pie en forma recurrente, ¿estamos frente al mismo nerviosismo que experimentás cuando estás en reuniones sociales?”

Una característica del establecimiento de paralelos por parte del terapeuta es que no impone interpretaciones al estilo de otras escuelas de psicoterapia; el terapeuta expresa verbalmente los vínculos funcionales que supone está teniendo el comportamiento del consultante en sesión con el comportamiento problemático en su vida cotidiana y dicho vínculo puede ser más o menos preciso. La precisión del paralelo se esclarece con la afirmación del consultante luego de pedirle feedback sobre el mismo. Si el consultante no reconoce el vínculo funcional establecido por el terapeuta, este último lo desestima y no vuelve a insistir con la interpretación. Si la imprecisión de los paralelos es sostenida pueden haber dos causas posibles: cierta falta de habilidad de parte del terapeuta para interpretar funcionalmente el comportamiento del paciente y de ese modo “perderse” en las formas de mismo; por ende las relaciones funcionales de lo que ocurre en sesión con lo que ocurre en su vida cotidiana. Otra razón posible podría ser un patrón de oposición por parte del consultante a las interpretaciones funcionales del terapeuta como un intento de ser “controlado”, que según la conceptualización de caso podría ser considerada una CCR1. Algunas preguntas que el terapeuta podría utilizar para discriminar las CCRs

durante el curso de la sesión podrían ser: ¿cuáles son las formas del paciente que impactan negativamente sobre mí?, ¿no se interesa en mí como persona?, ¿no considera el impacto que tiene extenderse excesivamente del tiempo de duración de la sesión?, entre otras referencias que podrían funcionar como indicador de las CCRs.

La regla N° 2 consiste en evocar CCRs, es decir, generar condiciones que faciliten la aparición de conducta relevante en sesión. Cabe aclarar que las condiciones naturales de la terapia pueden evocar CCRs sin que el terapeuta haya analizado o preparado las condiciones para ello. Alguna de estas condiciones pueden ser: la suspensión de una sesión por parte del terapeuta o la espera para ingresar a la sesión y la consecuente respuesta agresiva del consultante, características del terapeuta como su edad, apariencia o forma de vestir o algún tema vinculado con los honorarios, entre otros, estos son algunos ejemplos de contextos potencialmente evocadores de Conductas Clínicamente Relevantes. Un contexto de terapia ideal debería ser naturalmente evocativo. Otro camino de evocación de CCRs podría incluir el uso de técnicas de corrientes teóricas muy diversas que tengan funciones similares a aquellas relacionadas con los comportamientos del cliente fuera de sesión, pues el punto central es la evocación, como ejemplos podrían citarse técnicas de exposición emocional como la silla vacía de Leslie Greenberg (12), intervenciones que incluyen la imagería hasta técnicas de asociación libre propias del psicoanálisis, particularmente en las problemáticas relacionadas con los “problemas del yo” (13). La siguiente interacción puede ayudar a ilustrar el uso de la regla 2.

T: “¿En tu comentario puedo notar que estás enojada, podés intentar expresar ese enojo de una forma diferente?”

T: “¿Me puedes contar un poco más acerca de eso que llamas estar vacío?”

La regla N° 3 requiere de una respuesta del terapeuta que “refuerce” las CCR2 o extinga las CCR1, es decir, consiste en la respuesta natural y contingente del terapeuta a la emisión de las CCRs. Se trata de que el terapeuta haga saliente comportamientos que permitan modificar la forma en que se emiten las CCRs, para incrementarlas en el caso de las CCR2 o hacerlas decrecer, en el caso de las CCR1s. Es importante que el refuerzo del terapeuta sea natural y no artificial para cumplir con su función reforzante (para profundizar en las diferencias entre refuerzo natural vs. artificial ver Ferster, 1967) (14). Los siguientes ejemplos ilustran el uso de la regla 3 por parte del terapeuta (reforzar naturalmente).

T: “Entiendo que estés enojada y molesta con la terapia, ahora que fuiste honesta y directa con lo que sientes puedo entenderte mejor”

T: “Cada vez que hablamos sobre tu infancia terminas cambiando el tema, que tal si esta vez intentas quedarte conmigo y no salir de esto que es tan importante para tí”

La regla N° 4 implica verificar el efecto de la conducta del terapeuta en la conducta del consultante; para ello el

clínico pregunta al consultante cómo ha experimentado la intervención. Estos son algunos ejemplos sobre el uso de la regla 4:

T: “¿Crees que el haberte propuesto que expresas tu enojo en forma directa facilitó las cosas para que puedas decir lo que sentís de un modo más abierto y directo?”

T: “¿Piensas que ayudó haber hecho este esfuerzo de mirarme a los ojos?”

La última regla es la N° 5, a través de la cual el terapeuta provee de interpretaciones funcionales que modelan en el paciente el uso de un lenguaje funcional y promueve la generalización del comportamiento en sesión. La generalización implica que las mejorías o CCR2 que ocurrieron en sesión se repliquen en el contexto natural del consultante y que las CCR1 disminuyan su frecuencia de aparición en el mismo contexto. Para cumplir con este objetivo, el terapeuta propone ensayos en el contexto de la vida cotidiana, así como establece relaciones funcionales sobre la conducta del consultante que le permitan discriminar las situaciones en las que es más probable que su conducta sea reforzada. Los siguientes ejemplos muestran el uso de la regla 5 en sesión:

T: “¿Pudiste ver cómo expresar tu enojo de esta forma hizo que las cosas fueran más relajadas entre nosotros?”, “¿qué creés que pasaría si intentás esto con tu mujer

cuando hace esos comentarios que te irritan?”

T: “Repasemos lo que acaba de pasar, empezaste a sentir vergüenza y a evitar mirarme a los ojos, te propuse que dejes tu forma evitativa e intentes conectarte conmigo haciendo el esfuerzo de mirarme. Cuando tomaste el riesgo y lo intentaste el clima de la sesión cambió y esa vergüenza se disipó, ¿qué pasaría si intentaras estar más presente con el contacto visual en la fiesta a la que te comprometiste a ir el sábado?”

La interacción lógica en FAP

Como se ha mencionado hasta el momento, la conducta es un interacción, por lo tanto la ilustración de las reglas terapéuticas y las CCRs de manera separada, puede dar la equivocada impresión de independencia entre la conducta del terapeuta y del consultante; con el fin de subsanar malos entendidos y ayudar a los terapeutas a tener claridad sobre la manera en que se acoplan las CCRs y las reglas, Weeks y cols. (15) crearon el concepto de “interacciones lógicas” en FAP, que representa algunos lineamientos del tratamiento utilizando las reglas durante la sesión. Una secuencia lógica integra todos los procesos de cambio que propone el modelo terapéutico, la elicitación de comportamientos objetivo, el reforzamiento de las CCR2, el bloqueo de las CCR1 y facilitar la generalización de las mejorías a la vida cotidiana del consultante (ver Tabla 1).

Tabla 1. Entorno de interacción lógica con las 5 reglas de FAP

Regla	Paso
Regla 1	1. El terapeuta establece un paralelo afuera-dentro. 2. El paciente confirma la precisión del paralelo.
Regla 2	3. El terapeuta evoca CCR 4. El paciente se involucra en una CCR1
Regla 3	5. El paciente responde en forma contingente a la CCR1 6. El paciente se involucra en una CCR2 7. El terapeuta responde en forma contingente a la CCR2 8. El paciente se involucra en mas CCR2
Regla 4	9. El terapeuta pregunta al paciente acerca de los efectos de su respuesta 10. El paciente se involucra en mas CCR2
Regla 5	11. El terapeuta establece un paralelo adentro – afuera y le da tareas basadas en la interacción para el contexto natural del paciente. 12. El paciente reporta estar dispuesto a intentar hacer la tarea fuera de la sesión.

CCR: conducta clínicamente relevante.

La “experiencia emocional” del terapeuta como guía para las intervenciones

En FAP la experiencia emocional del terapeuta es una variable de suma importancia por varias razones. Por un

lado, el terapeuta podrá tomar sus respuestas emocionales como fuente de información, sobre la que podrá establecer hipótesis de trabajo e intervención (16). Es decir, lo que experimenta el terapeuta en términos emocionales podría ser un marcador de aquello que experimen-

tan las personas que forman parte de la vida cotidiana del paciente. Cabe aclarar que en la conceptualización de caso del terapeuta se incluyen sus propios comportamientos problemáticos, tipificados como T1, que podrían obstaculizar el proceso terapéutico así como su comportamiento objetivo con cada paciente en particular. Cada consultante puede evocar conductas problemáticas del terapeuta según la historia de este último. Suele decirse que las conductas problema del paciente evocan las conductas problema del terapeuta, por eso, es de suma importancia que el terapeuta esté atento y trabaje con sus propias emociones (particularmente a través de la supervisión de caso) para no incurrir en intervenciones que resulten iatrogénicas y obstaculicen el proceso terapéutico.

El uso de la FAP como tratamiento único: alcances en la intervención sobre problemas interpersonales

La FAP es un tratamiento diseñado para trabajar especialmente con consultantes que presentan problemas en el establecimiento, mantenimiento y finalización de las relaciones interpersonales. Uno de los temas que ha tenido un mayor desarrollo desde los inicios de la terapia han sido las dificultades con el establecimiento de intimidad, proceso entendido dentro del modelo conductual como las conductas del paciente que implican verbalizaciones de eventos que a través de su historia han sido sistemáticamente castigados y que en terapia son reforzados, proporcionando un ambiente seguro para la emisión de tales comportamientos (17). De acuerdo con Wetterneck & Hart, 2012 (18), la conducta de intimidad puede considerarse como un elemento transdiagnóstico que está en la base de muchos problemas que implican relaciones personales, ya que las dificultades al respecto limitan la posibilidad de mantener relaciones valiosas que favorezcan el funcionamiento de los individuos en su contexto. Al respecto Maitland (19) llevó a cabo un estudio con ensayos controlados aleatorios (RCT, por sus siglas en inglés), en el cual comparó la FAP con la observación atenta de comportamientos en sesión (como una intervención control), con el fin de determinar la efectividad de esta terapia en el establecimiento de relaciones de intimidad y su efecto en el funcionamiento fuera de sesión, encontrando que la introducción de FAP produjo cambios significativos en comparación con la intervención de comparación. Al respecto, el autor planteó la importancia de seguir investigando en el campo con el fin de determinar el potencial transdiagnóstico de trabajar sobre conexión y establecimiento de relaciones íntimas para la promoción de una mejor calidad de vida de los consultantes.

Conclusiones

La literatura desarrollada sobre la FAP ha llamado fuertemente la atención acerca del papel del terapeuta en el cambio de los consultantes, quien como se ha señalado previamente, genera condiciones en el contexto terapéu-

tico para promover mejoras en su ambiente natural. Esto ha generado un impacto tanto en la práctica de esta terapia como en los temas sobre los que se investiga, pues no sólo se ha centrado en mostrar los efectos de FAP sobre el comportamiento del paciente sino también en el terapeuta. Al respecto, Kanter y cols. (20) realizaron un estudio sobre el efecto de un entrenamiento online en la práctica y la conceptualización teórica de FAP sobre la interacción de los terapeutas con sus consultantes y las relaciones interpersonales de estos en su vida cotidiana, en el que encontraron mejoras importantes en los dos contextos. Sumado a ello, los investigadores en esta área han escrito múltiples artículos y capítulos de libros focalizados en mejorar las interacciones en sesión y cómo hacer para potenciar los procedimientos terapéuticos, incluso cuando no se hace uso exclusivo de FAP como estrategia terapéutica (21-24). Lo anterior ha favorecido el desarrollo de estudios que muestran el valor positivo de integrar FAP con otras propuestas terapéuticas (25-30).

Algunas explicaciones dadas con respecto al efecto positivo de la integración de esta terapia con otras, refieren a que el uso de FAP: a) incrementa la atención del terapeuta sobre su propio comportamiento en sesión, lo que le permite incidir activamente para disminuir la ocurrencia de problemas e incrementar las mejoras en el momento presente de la sesión y b) muestra de manera explícita en sesión las conductas problema y le permite al paciente y terapeuta el ensayo de estrategias que faciliten el cambio en el contexto cotidiano. Aunque los resultados positivos de la combinación de FAP con otras terapias son pocas, la mayor parte de los estudios con población clínica se ha realizado con diseños experimentales de caso único (31) que requieren replicaciones que permitan incrementar la validez de sus hallazgos. Hasta el momento se cuenta con un sólo ensayo controlado aleatorio (19), por lo que el desarrollo de estudios en FAP que permitan determinar su efectividad en diferentes contextos y poblaciones es uno de los campos que más trabajo requiere en la actualidad. Aunque cuenta con un número limitado de estudios empíricos en el contexto clínico, la Psicoterapia Analítico Funcional, es quizá una de las intervenciones de entre las llamadas terapias de tercera generación que relaciona de manera directa el quehacer terapéutico con investigación básica y bases teóricas. La mayor parte de los estudios en esta área han buscado mostrar los mecanismos explicativos del cambio a través de la implementación de esta terapia, que se encuentran íntimamente relacionados con la perspectiva teórica del análisis del comportamiento (31,32). Lo anterior muestra el estado actual de la Psicoterapia Analítico Funcional, encontrando en ella una terapia coherente, con principios filosóficos claros e investigación básica que la soporta, que tiene un campo fructífero de investigación que le permitirá ver en un futuro con mayor claridad sus alcances en la intervención de diferentes problemáticas que involucran dificultades interpersonales. Sin embargo, en este artículo no sólo se han expuesto los beneficios de la FAP en los consultantes al ayudarlos a mejorar su funcionamiento en el contexto

natural, sino también ha mostrado la forma en que la implementación de la FAP ayuda a fortalecer comportamientos del terapeuta en su práctica clínica. Al final como se ha mencionado a lo largo de este artículo, no

se trata de una intervención sobre la conducta de un sólo individuo, sino de un cambio conjunto de la interacción, por lo que a medida que mejoran los consultantes mejoran los terapeutas ■

Referencias bibliográficas

- Hayes SC. Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy*. 2004;35(4):639-65.
- Skinner B. Ciencia y Conducta Humana. 4ta edición en español (1977) ed. Fontanella, editor. New York 1953.
- Hayes SC, Hayes LJ, Reese HW. Finding the philosophical core: A review of Stephen C. Pepper's World Hypotheses: A Study in Evidence. *J Exp Anal Behav*. 1988 Jul;50(1):97-111.
- Delprato DJ, Midgley BD. Some fundamentals of BF Skinner's behaviorism. *American Psychologist*. 1992;47(11):1507-20.
- Hayes SC, Brownstein AJ. Mentalism, behavior-behavior relations, and a behavior-analytic view of the purposes of science. *Behav Anal*. 1986 Fall;9(2):175-90.
- Catania AC. Learning 4th ed. Publishing S, editor. Colorado, USA: The Cambridge Center-Sloan Century Series in Behavior Analysis; 2007.
- Kohlenberg R, Tsai M. Functional Analytic Psychotherapy: Creating Intense and Curative Therapeutic Relationships. Media SSaB, editor. New York, USA 1991.
- Tsai M, Kohlenberg RJ, Kanter JW, al. e. A Guide to Functional Analytic Psychotherapy: Awareness, Courage, Love, and Behaviorism. Springer, editor. New York 2009.
- Corbella S, Botella LS. La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicopatología*. 2003;19(2):205-21.
- Kohlenberg RJ, Tsai M, Dougher MJ. The dimensions of clinical behavior analysis. *Behav Anal*. 1993 Fall;16(2):271-82.
- Dougher MJ, Hayes SC. Clinical Behavior Analysis. Press C, editor. Reno, USA, 2000.
- Greenberg LS, Watson J. Emotion-Focused Therapy for Depression. Association AP, editor. Washington 2006.
- Kohlenberg RJ, Tsai M. Hablo, luego existo: una aproximación conductual para entender los problemas del yo. *Escritos de Psicología*. 2001;5:58-62.
- Ferster CB. Arbitrary and natural reinforcement. *The Psychological Record*. 1967;22:1-16.
- Weeks CE, Kanter JW, Bonow JT, Landes SJ, Busch AM. Translating the theoretical into practical: a logical framework of functional analytic psychotherapy interactions for research, training, and clinical purposes. *Behav Modif*. 2012 Jan;36(1):87-119.
- Batten SV, Santanello AP. A Contextual Behavioral Approach to the Role of Emotion in Psychotherapy Supervision. *Training and Education in Professional Psychology*. 2009;3(3):148-56.
- Cordova JV, Scott RL. Intimacy: A behavioral interpretation. *Behav Anal*. 2001 Spring;24(1):75-86.
- Wetterneck CT, Hart J. Intimacy is a Transdiagnostic Problem for Cognitive Behavior Therapy: Functional Analytical Psychotherapy is a solution. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*. 2012;7(2-3):167-76.
- Maitland D. Functional Analytic Psychotherapy Compared to Watchful Waiting for Enhancing Social Connectedness: A Randomized Clinical Trial With a Diagnosed Sample. Tesis para obtener el grado de Doctor en Filosofía. Western Michigan University. 2014.
- Kanter JW, Tsai M, Holman G, Koerner K. Preliminary data from a randomized pilot study of web-based functional analytic psychotherapy therapist training. *Psychotherapy (Chic)*. 2013 Jun;50(2):248-55.
- Callaghan GM. Functional Analytic Psychotherapy and Supervision. *International Journal of Behavioral and Consultation Therapy*. 2006;2:416-31.
- Callaghan GM. Functional Assessment of Skills for Interpersonal Therapists: The FASIT System: For the assessment of therapist behavior for interpersonally-based interventions including Functional Analytic Psychotherapy (FAP) or FAP-enhanced treatments. *The Behavior Analyst Today*. 2006;7:399-433.
- Callaghan GM. The Functional Idiographic Assessment Template (FIAT) System: For use with interpersonally-based interventions including Functional Analytic Psychotherapy (FAP) and FAP-enhanced treatments. *The Behavior Analyst Today*. 2006;7:357-98.
- Callaghan G, Follette WC, Ruckstuhl LE, Linnerooth PJ. The Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale: A Behavioral Psychotherapy Coding System. *The Behavior Analyst Today*. 2008;9(98-116).
- Callaghan G, Gregg JA, Marx B, Kohlenberg BS, Gifford E. FACT: The utility of an integration of Functional Analytic Psychotherapy and Acceptance and Commitment Therapy to alleviate human suffering. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 2004;41:195-207.
- Cattivelli R, Musetti A, Perini S. L'approccio ACT-FAP nella promozione delle abilità sociali in adolescenti e preadolescenti con difficoltà emotive. *Psicologia dell'Educazione*. 2014;8:97-112.
- Kanter JW, Manos RC, Busch AM, Rusch LC. Making behavioral activation more behavioral. *Behav Modif*. 2008 Nov;32(6):780-803.
- Hayes S, Masuda A, Bissett R, Luoma J, Guerrero LF. DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy*. 2004;35:54-54.
- Manos RC, Kanter JW, Rusch LC, Turner LB, Roberts NA, Busch AM. Integrating Functional Analytic Psychotherapy and behavioral activation for the treatment of relationship distress. *Clinical Case Studies*. 2009;8:122-38.
- Páez-Blarrina M, Gutiérrez Martínez O. Múltiples aplicaciones de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Pirámide, editor. Madrid, España. 2012.
- Landes SJ, Kanter JW, Weeks CE, Busch A. The impact of the active components of Functional Analytic Psychotherapy on idiographic target behaviors. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2013;2:49-57.
- Busch AM, Kanter JW, Callaghan GM, Baruch DE, Weeks CE, Berlin KS. A micro-process analysis of Functional Analytic Psychotherapy's mechanism of change. *Behav Ther*. 2009 Sep;40(3):280-90.

Capítulo 2:

La teoría de la psicoterapia analítica funcional

Este capítulo está dedicado a explicar los principios clínicos básicos de la FAP, su terminología básica y su metodología. Comenzaremos mencionando algunos aspectos básicos de su historia y su visión de la relación terapéutica como escenario del cambio clínico y del terapeuta como su vehículo, posteriormente explicaremos diversos tipos de conducta clínicamente relevante y las 5 reglas de la FAP que sirven para intervenir sobre ellas, concluiremos con la integración de la información revisada describiendo la interacción terapéutica lógica de la FAP. Este capítulo y el siguiente (capítulo 3) servirán como introducción y referencia para el resto de los contenidos del libro, por lo que animamos a los lectores a regresar a este tantas veces sea necesario para poder beneficiarse al máximo de este manual.

2.1. La historia de FAP.

La historia en curso del desarrollo de FAP data de más de 25 años de investigación y ha sido descrito anteriormente en otras publicaciones (ver Kohlenberg, Tsai y Kanter, 2009). En el presente trabajo especificaremos los aspectos principales que ayudan a resaltar sus aportaciones únicas al entendimiento de la relación terapéutica.

De acuerdo con Tsai, Kohlenberg, Kanter, Holman y Plumm (2012), FAP se desarrolló en tres etapas. La primera tiene lugar a finales de los años ochenta durante los cuales Robert Kohlenberg trabajaba en la Universidad de Washington como investigador y

supervisor clínico cognitivo conductual. Durante ese tiempo reconoció que algunos terapeutas en formación tenían un impacto "excepcionalmente bueno" en su trabajo clínico, esto se refiere a que algunos de los consultantes que recibían intervenciones cognitivo conductuales estructuradas reportaban beneficios mayores a los esperados por el tratamiento, reducción sintomática o remisión del trastorno. En una segunda etapa, se observó que estos resultados parecían ocurrir solamente de vez en cuando y eran más frecuentes en unos terapeutas que en otros, independientemente de las características de los consultantes y sin que terapeuta o consultante pudieran explicar las razones de su ocurrencia. Como tercera etapa, se realizaron entrevistas y análisis de las interacciones de los terapeutas excepcionalmente buenos con sus consultantes para identificar los factores causales de estos resultados y se encontraron dos: un involucramiento personal intenso entre ambas partes, e intercambios frecuentes y centrados en el momento presente sobre el impacto que estas partes tenían entre sí. Al final, Kohlenberg y Tsai (1991) buscaron en el conductismo radical una forma de entender estas interacciones y así, utilizaron sus principios para desarrollar una terminología y teoría específica que resultara en procedimientos que pudieran ser enseñados de forma precisa a otras personas, a este procedimiento le llamaron FAP.

FAP se basa en el supuesto de que la única forma en que el terapeuta ayuda al cliente es a partir de las funciones de su conducta dentro de la sesión terapéutica y, por lo tanto, que esta representa un buen lugar para observar los impactos mismos del tratamiento.

2.2. Los dos escenarios de la terapia.

En el capítulo anterior, mencionamos que la FAP tiene dos escenarios. Fuera de la sesión terapéutica, el ambiente natural del consultante donde se espera que cambie su comportamiento para poder lograr las metas que se ha propuesto para su vida; y dentro de la sesión terapéutica que es el único escenario donde

el terapeuta puede influir directamente en la conducta del consultante, porque es el único escenario en el que puede actuar de manera directa con el consultante (Törneke, 2010).

En la FAP, el terapeuta está particularmente interesado en la forma en que su conducta influye en la del consultante, es decir, las funciones que tiene su comportamiento respecto al del consultante (Tsai, Kohlenberg, Kanter, Kohlenberg, Follette & Callaghan, 2009). Mencionaremos tres funciones básicas: Elicitar conductas respondientes, evocar conductas operantes y administrar consecuencias.

2.2.1 El terapeuta elicit conductas respondientes.

Las respuestas verbales y no verbales del terapeuta pueden funcionar para elicit *comportamientos respondientes*, condicionados clásicamente. Estas respuestas se sienten automáticas e involuntarias y frecuentemente son descritas como "emocionales". Por ejemplo, supongamos que el terapeuta menciona al consultante que saldrá de vacaciones durante dos semanas y este aviso precipita sentimientos de tristeza y abandono en su consultante, la cual es una respuesta involuntaria y está relacionada con pérdidas anteriores en su vida.

El entendimiento de estas funciones es relevante para el terapeuta porque le sensibiliza a las funciones que ciertas palabras y gestos pueden tener en el consultante, de esta forma está en mejor posición para identificar las acciones que pueden funcionar como refuerzo de las conductas deseadas del consultante. Por ejemplo, el sostener la mirada y expresar pena por el dolor del consultante puede hacer que éste se sienta comprendido y acompañado por el terapeuta en cuyo caso, éstas reacciones funcionarían como un reforzador (S^{CR+}) y promoverían la futura expresión de sus necesidades; o bien pueden hacerle sentir vergüenza y enojo, funcionando como un castigo (S^{CC+}) y provocando que el consultante inhiba sus sentimientos y necesidades tratando de aparentar fortaleza.

2.2.2 El terapeuta evoca conductas operantes.

El comportamiento verbal y no verbal del terapeuta puede funcionar como un estímulo discriminativo (S^D) que evoca operantes en el consultante. Como se mencionó en el capítulo anterior, la mayoría de las conductas relevantes en psicoterapia son operantes y funcionan para evitar/escapar de una condición aversiva o para aproximarse a una condición apetitiva. Las *operantes* normalmente son vividas como voluntarias y por lo tanto bajo mayor control que las respondientes, son el principal blanco de intervención en FAP porque son las que tienen mayor poder para cambiar la forma en que nos relacionamos con nuestro entorno, nuestros valores y las personas que nos importan. La consciencia de las funciones discriminativas del terapeuta facilitará su capacidad de evocar conductas deseadas en el consultante.

Continuando con el ejemplo anterior, tras notar que el consultante se ha cruzado de brazos, fruncido el ceño y dejado de hablar con el terapeuta, éste se ve en la necesidad de evocar una conducta operante de aproximación interpersonal y elige hacerlo diciendo "me doy cuenta que mi respuesta fue inapropiada, ¿puedes decirme lo que estás sintiendo para poder entender mejor qué fue lo que hice?"; de esta manera, el terapeuta está intentando que el consultante le exprese su sentir.

2.2.3 El terapeuta como consecuencia de la conducta operante.

Todas las personas administramos consecuencias al comportamiento de los demás, sea que lo notemos o no (ver figura 2.1). El proceso de reforzamiento en la FAP es explícito y estratégico, su objetivo básico es fortalecer las clases funcionales de respuesta que ayudan al consultante a lograr sus metas vitales, siendo la principal fortaleza de FAP el desarrollo de relaciones interpersonales más intensas, significativas e íntimas.

Por ejemplo, digamos que el consultante de nuestro ejemplo expresa su frustración ante el terapeuta diciéndole

"odio que las personas se muestren condescendientes conmigo, no soy una niña" y este es un ejemplo de una respuesta deseada porque facilita la comunicación con otras personas, por lo menos lo hace más que guardar silencio, el terapeuta podría elegir reforzar este comportamiento mirándolo atentamente y diciéndole "no tenía idea de que decir esto podía hacerte sentir tan mal, por favor hazme saber cuándo te haga sentir de esa forma y yo por mi parte trataré de no parecer condescendiente".

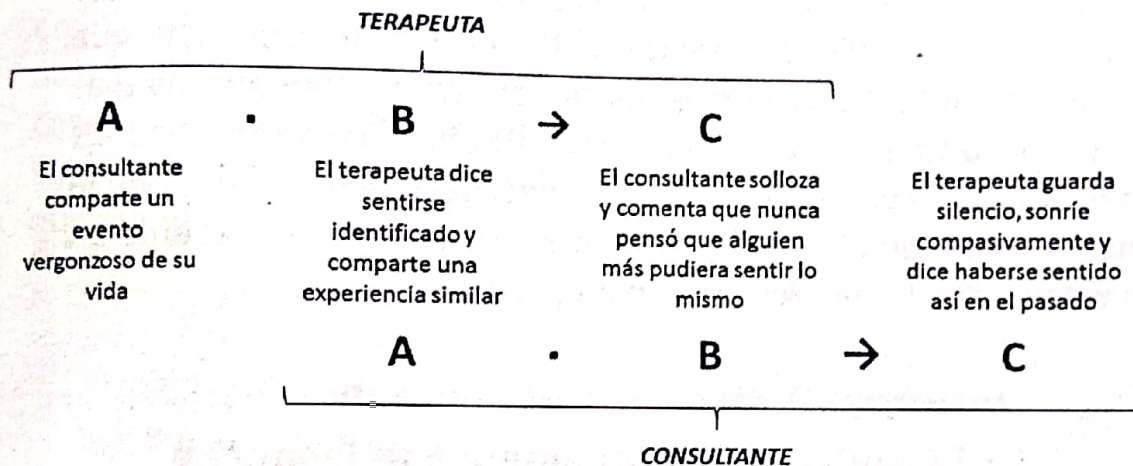


Figura 2.1. Administración mutua de contingencias.

En resumen, el terapeuta mismo y las condiciones inherentes de la terapia funcionan como antecedentes y consecuencias que, si se usan estratégicamente, sirven para desarrollar repertorios funcionalmente útiles en la vida del consultante. FAP tiene una serie de términos para referirse al tipo de respuestas deseadas e indeseadas tanto de los consultantes como de los terapeutas, que ocurren dentro y fuera de la sesión de psicoterapia. Empezaremos describiendo las conductas clínicamente relevantes del consultante.

2.3. Conducta Clínicamente Relevante (CCR).

Las *Conductas Clínicamente Relevantes* (CCRs), son ejemplos de comportamientos problemáticos o deseables, acorde a los objetivos del consultante, que ocurren dentro de la sesión

terapéutica. Se llaman clínicamente relevantes porque son las mismas conductas que traen al consultante a psicoterapia y están directamente relacionadas con la consecución de sus objetivos (Tsai, Kohlenberg, Kanter, Holman & Plummer Loudon, 2012).

Aunque a veces la semejanza topográfica entre los comportamientos relevantes fuera y dentro de la psicoterapia es obvia, en muchas ocasiones no lo es, y el terapeuta FAP debe identificar *CCR funcionalmente equivalentes* a las clases de respuesta que el consultante requiere incrementar o disminuir en su vida diaria y, por lo tanto, pueden ser conceptualizadas como acciones de evitación o aproximación que no necesariamente se ven de la misma forma que las conductas que el consultante presenta en su vida diaria. En la FAP existen 3 tipos de CCR:

2.3.1 Conductas Clínicamente Relevantes Tipo 1 (CCR1).

Son conductas problemáticas que ocurren dentro de la sesión terapéutica, sus antecedentes (S^D) son algún comportamiento del terapeuta o situación que ocurre durante ese tiempo, son más frecuentes en situaciones estresantes (Operación de Establecimiento Aversiva), su función primordial es la evitación o el escape de una situación aversiva, vulnerabilidad, por ejemplo, y normalmente son el foco inicial de atención en la interacción terapéutica. Son excesos conductuales (Kanter & Saslow, 1969), porque su presencia obstaculiza el logro de objetivos del consultante, en otras palabras, están de más para lograr sus metas.

Sí, por ejemplo, después de que el terapeuta pregunta al consultante por la forma en que éste podría modificar su comportamiento para resolver un problema en concreto, éste responde diciéndole al terapeuta que se siente muy agobiado por tener que resolver esto por su cuenta y que se encuentra en blanco (CCR1), si bien esta conducta podría tener como consecuencia el alivio de su angustia mediante la ayuda por parte del terapeuta

o la protección de sus otros significativos (S^{CR}), a largo plazo le alejarían de la posibilidad de construir relaciones horizontales y de respeto mutuo.

Si bien las CCRs deben definirse funcionalmente acorde a los objetivos del consultante, podríamos decir que cualquier comportamiento que dificulte la consciencia de la interacción terapéutica y las experiencias que se elicitán dentro de ella, las muestras de retraimiento que impiden arriesgarse a conectarse emocionalmente con otras personas, y la invalidación hacia el otro o uno mismo representan una CCR1. En el capítulo 3 explicaremos en detalle los conceptos de "Intimidad" y "Consciencia, Valor y Amor" como blancos terapéuticos de la FAP y las CCR1 que pueden identificarse a partir de este modelo.

2.3.2 Conductas Clínicamente Relevantes

Tipo 2 (CCR 2).

Son conductas deseables que ocurren durante la sesión terapéutica, tienen como antecedentes (S^D) el comportamiento del terapeuta o una situación que se sucede dentro de ese espacio, son más frecuentes en situaciones motivacionales (Operación de Establecimiento), su función primordial es la aproximación o acercamiento a algo deseable (apetitivo), como la intimidad y conexión interpersonal. Son déficits conductuales, porque usualmente no están en el repertorio del consultante o bien, no se presentan con la suficiente frecuencia, intensidad o duración y, por lo tanto, dificultan el logro de metas.

En el ejemplo anterior, supongamos que el consultante propone en cambio una solución. Esta solución podría reforzarse con una muestra de respeto por parte del terapeuta y de generalizarse en el ambiente natural, podría ayudar al consultante a volverse más independiente y a tener relaciones interpersonales donde sea más respetado y se sienta igual a las demás personas.

Prácticamente, cualquier conducta que implique consciencia de lo que ocurre en la interacción, una muestra de valentía

para arriesgarse a mostrar mayor consideración y amor hacia los demás o uno mismo puede considerarse una CCR2 y reforzarse con una muestra de conexión por parte del terapeuta.

2.3.3 Conductas Clínicamente Relevantes Tipo 3 (CCR3).

Son verbalizaciones del consultante que describen las condiciones que dan lugar a las CCRs, y pueden ser de dos tipos: CCR-1 y CCR3-2.

2.3.3.1 Conductas Clínicamente Relevantes Tipo 3 Problemáticas (CCR3-1).

Son verbalizaciones que señalan relaciones causales entre un atributo personal y el comportamiento que se presenta dentro o fuera de la sesión, pueden funcionar de dos formas básicas: a) como tactos que comunican el sentir del consultante y describen reglas que controlan la CCR1 a la que se refieren o; b) como mandos que funcionan para escapar de una situación aversiva, al inhibir un comportamiento del terapeuta y provocarle otro alternativo. Las contingencias que controlan estas verbalizaciones y las razones por las que son indeseables son las mismas que describimos para las CCR1.

Un ejemplo de regla podría ser que el consultante expresara "no puedo conversar con las personas porque soy tímido" después de que el terapeuta le ha preguntado si habló con la arrendadora de su departamento para informarle de un cobro extra injustificado. La regla implica que un atributo personal como la timidez es causa del retraimiento y resulta problemática porque gobierna comportamientos orientados a la resolución o evitación de la timidez más que a la socialización; estos comportamientos implican una falta de consciencia de la forma en que su retraimiento alimenta su percepción de timidez, una indisposición para correr el riesgo de acercarse a los otros y un descuido de sus anhelos.

Como ejemplo de mando, considere la posibilidad de que la frase "no puedo conversar con las personas porque soy tímido", ha funcionado en el pasado para que las demás personas inicien una discusión sobre la timidez y así, refuerzan la verbalización dejando de insistir en que el consultante socialice. En este caso, identificamos una CCR3-1 por las mismas razones expuestas en el párrafo anterior y porque implican una desatención hacia las muestras de apoyo de la otra persona.

2.3.3.2 Conductas Clínicamente Relevantes Tipo 3 Deseables (CCR3-2).

Son enunciaciones que describen los antecedentes y/o consecuencias que dan lugar al comportamiento que ocurrió dentro o fuera de la sesión, funcionan como tactos y están bajo el mismo control de contingencias que las CCR2. Por ejemplo, "evito expresar conflictos porque me desagrada sentir que presiono a las demás personas".

2.4. Conductas relevantes que ocurren fuera de la sesión terapéutica (OR)

Las *Conductas Clínicamente Relevantes que ocurren fuera de la sesión* (ORs), son las acciones problemáticas o deseables que al consultante le interesa cambiar al acudir a psicoterapia. Son funcionalmente equivalentes a las clases de respuesta de las CCR y por lo tanto, también pueden ser conceptualizadas como acciones de evitación o aproximación. Existen 2 tipos de OR cuyas características corresponden con las CCR.

2.4.1 Conductas relevantes de ocurrencia fuera de la sesión tipo 1 (OR1).

Son conductas problemáticas que ocurren fuera de la sesión terapéutica, sus antecedentes (S^D) son situaciones que ocurren de manera natural en su entorno, su frecuencia es mayor en situaciones estresantes (OEA), y su función primordial es la

evitación o el escape de alguna situación o experiencia aversiva. Son excesos conductuales bajo control aversivo, en la literatura clínica conductual son descritas frecuentemente como conductas blanco. Un ejemplo podría ser que la persona se muestra agitada y levanta la voz cuando es cuestionada por los demás, esta acción funciona para escapar del cuestionamiento, pero termina alejando emocionalmente a las demás personas y haciendo que la persona se sienta sola e incomprendida.

2.4.2 Conductas relevantes de ocurrencia fuera de la sesión tipo 2 (OR2).

Son conductas deseables que ocurren fuera de la sesión terapéutica, tienen como antecedentes (S^D) situaciones cotidianas, normalmente ocurren en situaciones motivacionales (OEM), y su función primordial es la obtención de consecuencias apetitivas, se presentan en deficiente duración, intensidad o frecuencia. En la literatura clínica conductual son descritas frecuentemente como conductas meta. En el ejemplo anterior, escuchar, validar y expresar las propias razones para después buscar soluciones puede ayudar a resolver conflictos y sentirse más cercano emocionalmente con otras personas.

2.5. Conducta del Terapeuta (TR).

La *conducta del terapeuta* (TR) que nos interesa identificar en FAP, es cualquiera de sus comportamientos que tengan un impacto en el tratamiento del consultante, influyendo en sus CCR y OR. No se refiere exclusivamente a su comportamiento dentro de la sesión dado que acciones como preparar las sesiones terapéuticas con antelación o cuidar la calidad de su sueño ocurren fuera de esta, pero impactan en la eficacia del tratamiento.

Existen dos tipos de conductas clínicamente relevantes del terapeuta que ocurren dentro de la sesión, TR1 y TR2. El comportamiento del terapeuta que ocurre fuera de la sesión e im-

pacta indirectamente en su trabajo clínico también es relevante y se le llama TRI1 y TRI2 para diferenciar.

2.5.1 Conductas del Terapeuta tipo 1 (TR1).

Son acciones problemáticas porque estimulan (S^D) y refuerzan (S^{CR}) CCR1 y CCR3-1, promueven (Operaciones Establecimiento Motivacionales) la ocurrencia de O1, o bien representan fallas en el esfuerzo de provocar o reforzar CCR2 y CCR3-2. Son conductas bajo control aversivo definidas funcionalmente cuya topografía puede variar dependiendo el caso. Se presentan más frecuentemente en situaciones aversivas (OEA), cumplen una función de evitación experiencial y van en contra de sus valores como terapeuta. Como podrá anticipar, cualquier comportamiento del terapeuta que implique la pérdida de consciencia, valor y amor hacia el consultante implica una TR1. Una conducta que interfiere indirectamente con su trabajo clínico, como no tratarse una enfermedad representa una TR1.

Por ejemplo, supongamos que el terapeuta evita preguntar sobre la vida sexual de un consultante que acude a consulta preocupado porque su relación de pareja parece volverse cada vez más lejana. Aunque la evitación de estos temas puede ayudar a que el terapeuta se sienta menos ansioso en sesión, impide que comprenda a profundidad el problema de su consultante y sea de mayor ayuda.

2.5.2 Conductas del Terapeuta tipo 2 (TR2).

Son sus comportamientos deseables, están motivados por la consciencia de sus valores como terapeuta, y básicamente funcionan para provocar (S^D) y reforzar (S^{CR}) CCR2 y CCR3-2, así como para motivar (Operación de Establecimiento Motivacional) la ocurrencia de O2. Se definen funcionalmente y por lo tanto su topografía puede variar de terapeuta a terapeuta. Podría decirse

que el correcto seguimiento de las 5 reglas de FAP (descritas a continuación) representa las TR2 básicas del terapeuta. Cuidar la higiene de sueño, dedicar tiempo a resolver los propios problemas personales, expresar dudas al consultante sobre la eficacia de una intervención o una sesión en particular son ejemplos de TRI2s.

2.6. Las 5 Reglas de FAP.

La práctica de FAP implica el implementar 5 reglas respecto a las CCR. Estas dirigen el comportamiento del terapeuta para facilitar el cambio del consultante y, por lo tanto, resultan en una experiencia reforzante para el terapeuta. Asimismo, le ayudan a sacar ventaja de las oportunidades terapéuticas que de otra forma, sin contar con estas reglas, podrían pasar desapercibidas (Tsai, Kohlenberg, Kanter & Waltz, 2009b). Estas reglas se describen de forma lineal con fines didácticos, aunque en la práctica se aplican de manera simultánea o en un orden diferente dependiendo del flujo de la interacción con el consultante.

2.6.1 Regla 1: Estar atento a las CCRs (estar consciente).

Esta es la regla principal en FAP, su implementación resulta en un mayor involucramiento del terapeuta y al desarrollo de una relación terapéutica más intensa y de mayor orientación interpersonal (Tsai et.al. 2012). De esta regla depende que el terapeuta pueda responder terapéuticamente a las CCRs.

2.6.2 Regla 2: Evocar CCRs (actuar valientemente).

La relación terapéutica es una relación real y auténtica entre dos seres humanos, con fortalezas y vulnerabilidades moldeadas por sus propias circunstancias e historias (Kohlenberg &

Tsai, 1991). FAP es especialmente sensible a la evocación de este tipo de relación por su énfasis en el desarrollo de la intimidad, la confianza, la autenticidad, la capacidad de dar y recibir amor, y por ende su propia naturaleza evocará CCRs de manera natural. Por ejemplo, una expresión de afecto del terapeuta, señalar una posible similitud entre el comportamiento del consultante con otro significativo y el terapeuta, o una expresión de tristeza tras una decepción del consultante, pueden evocar CCRs fácilmente.

Por otra parte, la naturaleza misma de los problemas del consultante puede dar lugar a su fácil evocación, esto es usual en problemas como la depresión, ansiedad, trastornos de personalidad, etc. En estas condiciones, casi cualquier elemento de la terapia es capaz de ser evocativo, por ejemplo: un consultante con problemas de ansiedad podría sentirse desprotegido al terminar la sesión de terapia, un consultante con un trastorno de personalidad podría sentirse celoso al ver que el terapeuta tiene otros consultantes aparte de él, etc.

Finalmente, el terapeuta FAP debe considerar que el diseño mismo de la psicoterapia provee de situaciones que pueden evocar CCRs, como el tener que asistir a tiempo, tener que pagar por un servicio, hablar de sentimientos vergonzosos, la naturaleza finita de la terapia, etc.

Las circunstancias mencionadas anteriormente son ejemplos de *evocación natural de CCRs*, reconocerlas (Regla 1) e intervenir espontánea y oportunamente (Regla 3) conforme se suceden en la interacción natural es el corazón de la FAP. Estos momentos de evocación natural deben distinguirse de una evocación espontánea, una evocación espontánea es deliberada pero la oportunidad de realizarla surge espontáneamente. Suponga que un consultante con un problema de depresión afirma sentirse desesperanzado y el terapeuta le pide comentarle las razones por las que sigue adelante, aunque se sienta así, en este ejemplo, la oportunidad de evocar la CCR2 se presentó de manera espontánea, pero la petición del terapeuta fue deliberada. Por otro lado, el terapeuta FAP también puede hacer uso de *ejercicios*

evocativos para evocar deliberadamente CCRs, estos ejercicios son especialmente útiles para evocar las CCR cuando la sesión de terapia no está evocando las CCRs deseadas espontáneamente. Estos ejercicios se revisarán a mayor detalle en el capítulo 6.

La cualidad evocativa de la FAP comienza a inicios de la terapia donde el terapeuta comunica al consultante que considera el contexto terapéutico un "espacio sagrado" (ver capítulo 4), donde se permite la expresión de los anhelos más profundos, dolores más arraigados y vivencias más vergonzosas con total confidencialidad, comprensión y cuidado. Un segundo momento importante es la presentación de la lógica de la terapia, un momento llamado FAP RAP (ver capítulo 4) que consiste en la explicación de las CCRs como equivalentes funcionales de las ORs, la ocurrencia de TRs y la manera en que éstas últimas pretenden utilizarse como vehículos para el cambio terapéutico. La creación de un espacio sagrado y la presentación del FAP RAP podrían considerarse ejercicios evocativos en sí mismos, que representan "actos valientes por parte del terapeuta".

2.6.3 Regla 3: Reforzar naturalmente las CCR2s (dar amor).

Para la FAP, el reforzamiento natural es el principal mecanismo de cambio. El reforzamiento de la CCR2 no quiere decir que el terapeuta esperará a que la conducta final deseada por el consultante se presente para reforzar, sino que el terapeuta deberá estar atento (Regla 1) a cualquier aproximación hacia la dirección deseada para reforzarla. Así, por ejemplo, si se quiere reforzar la conducta de expresar afecto verbalmente a otras personas, se podría reforzar aproximaciones como tocar gentilmente el hombro del terapeuta al despedirse o mirarlo fijamente al decirle gracias. Recordará que el reforzamiento es un proceso y que las conductas deseadas en la terapia normalmente deben *moldearse*, es decir que se refuerzan aproximaciones sucesivas hacia ellas hasta que el consultante presente la conducta deseada en las situaciones deseadas y es reforzada de manera natural.

Ahora bien, recordará que en el capítulo 1 se mencionó que los reforzadores arbitrarios tienen poca posibilidad de presentarse en el ambiente natural y por lo tanto son de poca utilidad si se espera que la O2 se mantenga o generalice en ese contexto, otro problema relacionado con la administración de reforzadores arbitrarios es que estos pudieran ser vividos como una manipulación y dañar la relación terapéutica.

Otro problema relacionado con la administración del refuerzo interpersonal arbitrario es que tiene la posibilidad de desarrollar *reglas tipo pliance* (Törneke, 2010), donde el reforzador especificado por la regla se refiere a la aprobación de otras personas por el simple hecho de seguir la regla, por ejemplo "expresarse de manera asertiva" porque el terapeuta lo sugirió, y seguir dicha regla porque resulta en su aprobación. Estas reglas se consideran problemáticas porque hacen a la persona vulnerable a la subyugación y difícilmente cumplen lo que prometen. Vale la pena aclarar que la experiencia de intimidación que buscamos desarrollar en la FAP requiere forzosamente una condición de equidad entre las partes que se vinculan, nunca de subordinación u obediencia.

Ejemplos de reforzadores arbitrarios son frases como "muy bien", "eso me encanta", "eso es un gran progreso", etc. Por su parte, los reforzadores naturales en la FAP se presentan como muestras genuinas de aprecio o validación, auto-revelaciones o cumplimientos de acuerdos. En el capítulo 07 describiremos algunos métodos básicos de reforzamiento natural que usamos con frecuencia en nuestra práctica clínica, entrenamientos y protocolos de investigación.

Como habrá supuesto, saber responder o *bloquear* las CCR1 también es muy importante, la mejor forma de hacerlo es ignorarlas para evitar reforzarlas accidentalmente, aunque también existen otras opciones como ayudar al consultante a tactarlas o tratar de rescatar la CCR2 oculta dentro de la CCR1, en el capítulo 6 daremos más información al respecto.

2.6.4 Regla 4: Verificar el efecto reforzador (ser consiente del propio impacto).

Esta regla implica prestar atención al cambio de las CCRs y la relación de esos cambios con la respuesta contingente del terapeuta. Existen dos formas básicas de evaluar dicho efecto: observar un incremento en la frecuencia o intensidad de las CCR2s o un decremento en las mismas dimensiones de las CCR1; y preguntar al consultante directamente por el efecto que el comportamiento del terapeuta (de la Regla 3), por ejemplo "¿qué impacto tuvo en ti lo que acabo de decirte?", "¿Qué tan motivado te sientes a intentar hacer esto de nuevo después de notar la reacción que tuve?", "¿Cómo te sientes con lo que acabo de decirte?", etc. Al realizar estas preguntas se debe cuidar de no interferir con la experiencia emocional e interrumpir el efecto reforzador de la respuesta previa (Tsai et al. 2012).

Una última consideración al aplicar la Regla 4 es estar atento a cambios en los dos escenarios de la terapia, y en niveles micro y macro. Por ejemplo, el terapeuta notará que el consultante es más responsivo a sus expresiones emocionales sutiles (CCR2) y a las de las personas que le importan en su vida diaria (O2). Los cambios en las O2s solamente pueden identificarse preguntando directamente al consultante, "¿esta comprensión que me muestras, la has notado con otras personas?", "¿me pregunto si te estarás atreviendo a sintonizarte más con las necesidades de otras personas también?, etc.

El cambio a micro y macro-nivel se refiere a que el consultante no solo muestra un cambio en las CCR2s reforzadas, micro-nivel, sino que su repertorio conductual evidencia una orientación general de aproximación hacia sus metas, macro-nivel. Supongamos que el terapeuta ha reforzado (Regla 3) de diversas maneras la expresión de opiniones del consultante (CCR2 micro) y que este de manera espontánea está mostrándose más espontáneo, propositivo o incluso ha empezado a poner límites con el terapeuta y otras personas en su vida cotidiana (CCR2 macro).

2.6.5 Regla 5: Evocar CCR3-2 y desarrollar OR2 (interpretar y generalizar).

Existen dos formas de evocar las CCR3-2, la primera es que el terapeuta describa la forma en que el comportamiento del consultante fue efectivo para acercarse a sus metas, por ejemplo "he notado que cuando me hablas con frases más breves me es más sencillo entenderte", "mirarte enfadado me permite entender lo importante que esto es para ti". La segunda es preguntar al consultante por las consecuencias de su comportamiento, "¿notas alguna diferencia en mi comprensión cuando me hablas más pausado?", "¿qué tal te resultó el dejarme ver tu enfado?". Al igual que con la regla 4, es importante cuidar que estas preguntas no interrumpan la intensidad emocional de la sesión, de hecho, resulta útil realizarlas después de que se ha terminado una interacción terapéutica intensa.

El éxito de la terapia depende de las O2s pues son ellas el objetivo de la terapia en última instancia. También hay dos estrategias de generalización de CCR2, o de generación de O2 si así lo prefiere. La primera implica señalar o preguntar por *paralelos*, o similitudes, entre las situaciones que se suceden dentro y fuera de la sesión de terapia, por ejemplo "creo que mostrarme tu enfado es justo lo que has querido hacer con tu familia cuando toman decisiones por ti", "¿es éste el tipo de entendimiento que pretendes lograr con tu esposa?", "¿a quién vale más la pena mostrarle tu enfado?" o "¿con quién más sería importante lograr comprensión?". La segunda es la asignación de tareas que impliquen el intento deliberado de involucrarse en O2 con sus otros significativos en el ambiente natural para probar sus efectos, en el capítulo 7 haremos algunas sugerencias que pueden ayudarle en el desarrollo de tareas efectivas y describiremos las tareas más utilizadas en la FAP hasta la fecha.

2.7. La interacción terapéutica lógica de la FAP.

La aplicación de las 5 reglas puede verse muy diferente de momento a momento, esto se debe a que su aplicación debe ser flexible y orientarse funcionalmente, en otras palabras, "ser estratégica". La interacción lógica que describiremos a continuación nos ha resultado útil para ilustrar la interacción de las 5 reglas en entrenamientos y protocolos de investigación, y está basada en una interacción descrita anteriormente en Tsai y cols. (2012). Esperamos que pueda ayudarle a integrar la información anteriormente descrita y a imaginar formas en las cuales podría aplicar éstas cinco reglas con sus consultantes.

En primer lugar, asumimos que se han cumplido cuatro pre-requisitos básicos: a) se ha creado un espacio sagrado; b) se ha presentado el FAP-RAP y el consultante ha accedido a participar del tratamiento; c) existe una buena y sólida relación terapéutica; d) se ha realizado una adecuada formulación de caso, lo que implica que el consultante y terapeuta hayan definido las CCRs, ORs y TRs (capítulo 5). Una vez que se han cumplido estos requisitos, la interacción lógica ocurre de la manera descrita a continuación.

Para ejemplificar esta interacción lógica, mostramos un ejemplo de una consultante cuyo motivo para buscar psicoterapia era su dificultad para "entenderse con las demás personas". Después de la conceptualización de caso, se identificaron como CCR1s y OR1s su dificultad para identificar y expresar sus sentimientos, mientras que las CCR2s y OR2s identificadas fueron el expresar sentimientos y hacer peticiones.

2.7.1 El terapeuta identifica y señala un paralelo (Regla 1 y 5).

Terapeuta: Este sentimiento de incompreensión, ¿se te ha presentado o lo estás experimentando conmigo en este momento? - *El terapeuta busca un paralelo (Regla 5).*

Consultante: Me siento así todo el tiempo y con quien sea.
- *El terapeuta escucha atentamente en búsqueda de CCRs (Regla 1)*

Terapeuta: Mmmm... también conmigo.

2.7.2 El terapeuta evoca CCR2 y está atento a la aparición de otras CCRs (Reglas 2 y 1).

Terapeuta: ¿Me puedes ayudar a entender lo que estás sintiendo en este momento? - *El terapeuta trata de evocar una CCR2, que el consultante le explique sus sentimientos para comprenderlo (Regla 2).*

Consultante: No sé, siento raro eso es todo. - *El terapeuta escucha atento tratando de encontrar CCRs, en este caso conceptualiza la respuesta como una CCR1 porque el consultante no está respondiendo de una forma que ayude al terapeuta a comprenderlo (Regla 1).*

2.7.3 Bloquear CCR1, evocar CCR2 y reforzar CCR3 (Reglas 2 y 3).

Terapeuta: ¿Cómo se siente esa rareza? - *Bloquea la CCR1 ignorándola y evoca la CCR2 preguntando de otra manera (Regla 2).*

Consultante: Como si yo fuera muy pequeñita y tú muy grande, y como sí, no sé... como si no pudieras verme - *Se identifica una CCR2 (Regla 1).*

Terapeuta: ¿Como si yo fuera superior a ti y por eso no pudiera entenderte? - *El terapeuta clarifica y muestra estar comprendiendo al consultante (Regla 3).*

2.7.4 Seguir reforzando las CCR2 y verificar el efecto del reforzamiento (Reglas 3 y 4).

Consultante: Si, se siente horrible... - *Identifica que su muestra de comprensión ha dado lugar a otra CCR2 (Regla 4).*

Terapeuta: No me gusta hacerte sentir eso, cuando yo me siento así me es casi imposible creer que alguien pueda entenderme o darle importancia a lo que siento – *El terapeuta usa una auto-revelación para mostrar comprensión al consultante (Regla 3).*

Consultante: Si, eso es justo lo que siento. – *Se observa que la consultante sigue presentando CCR2s y se ha sentido comprendida (Regla 4).*

Terapeuta: Así que... creo que te entiendo – *Se verifica el efecto de su comportamiento (Regla 4).*

Consultante: Si... eres bueno (Sonriendo). – *Se ratifica el efecto reforzador al escuchar la respuesta (Regla 4).*

2.7.5 Evaluar el proceso y generalizarlo (Reglas 5 y 1).

Terapeuta: Creo que el que me hayas dicho un poco de lo que sientes me ha ayudado a identificarme contigo. ¿Tú qué crees que fue lo que te ayudo? – *El terapeuta trata de evocar una CCR3-2 con una interpretación y luego con una pregunta (Regla 5).*

Consultante: Que me escuchaste – *La consultante identifica una relación entre la respuesta del terapeuta y su comportamiento, pero no especifica la forma en la que el comportamiento facilitó esa consecuencia, por esta razón se vuelve a evocar la CCR3-2 (Regla 1).*

Terapeuta: Me ayudó que me dieras algo para escuchar – *El terapeuta usa la auto-revelación para que el consultante identifique mejor las contingencias (Regla 5).*

Consultante: Si pues, yo hablé – *Se identifica que el consultante está mostrando una CCR-2 (Regla 1).*

Terapeuta: ¿Hablas con tu esposo? – *Se señala un paralelo para tratar de identificar ORs (Regla 5).*

Consultante: Necesito hacerlo. – *La terapeuta nota que el consultante ha identificado una O2 (Regla 1).*

Terapeuta: Si hubiera algo que pudieras intentar distinto esta semana, ¿qué sería? – *El terapeuta pregunta para que el consultante describa O2 con las que pueda experimentar como tarea entre sesiones (Regla 5).*

La FAP es un procedimiento clínico, donde cada uno de sus elementos (por ejemplo la regla 3), tiene su propia táctica; por esa razón, la segunda mitad del libro tiene capítulos dedicados a cada una de las reglas y su método, de forma tal que al concluir la lectura de este manual usted pueda tener una idea mucho mejor de la forma en que puede crear interacciones terapéuticas intensas y curativas en sí mismas (como lo dice el título del primer libro de FAP escrito por Kohlenberg y Tsai, 1991) y así, maximizar el efecto de la relación terapéutica. No obstante, le invitamos a considerar que la FAP es una terapia basada en principios (Swales & Heard, 2009), no un protocolo de intervención o un conjunto de técnicas por lo que el entrenamiento experiencial y la supervisión son fundamentales para su correcta aplicación (Tsai, Callaghan, Kohlenberg, Follete & Darrow, 2009). Le animamos a considerar este manual como una guía a la que puede regresar cuantas veces lo necesite, pero que no es sustituta de la orientación personalizada.

La Figura 2.2, muestra gráficamente el proceso dinámico de la FAP. Los recuadros superiores ilustran la forma en que las OR1s se muestran como CCR1s dentro de la sesión. Mismas que se convierten en CCR2s que posteriormente se llevan al ambiente natural bajo la forma de OR2s. Los recuadros de la parte media de la figura ilustran la forma en que el seguimiento de las 5 reglas determina este cambio. Los cuadros inferiores muestran la manera en que las TRs del terapeuta median este proceso.

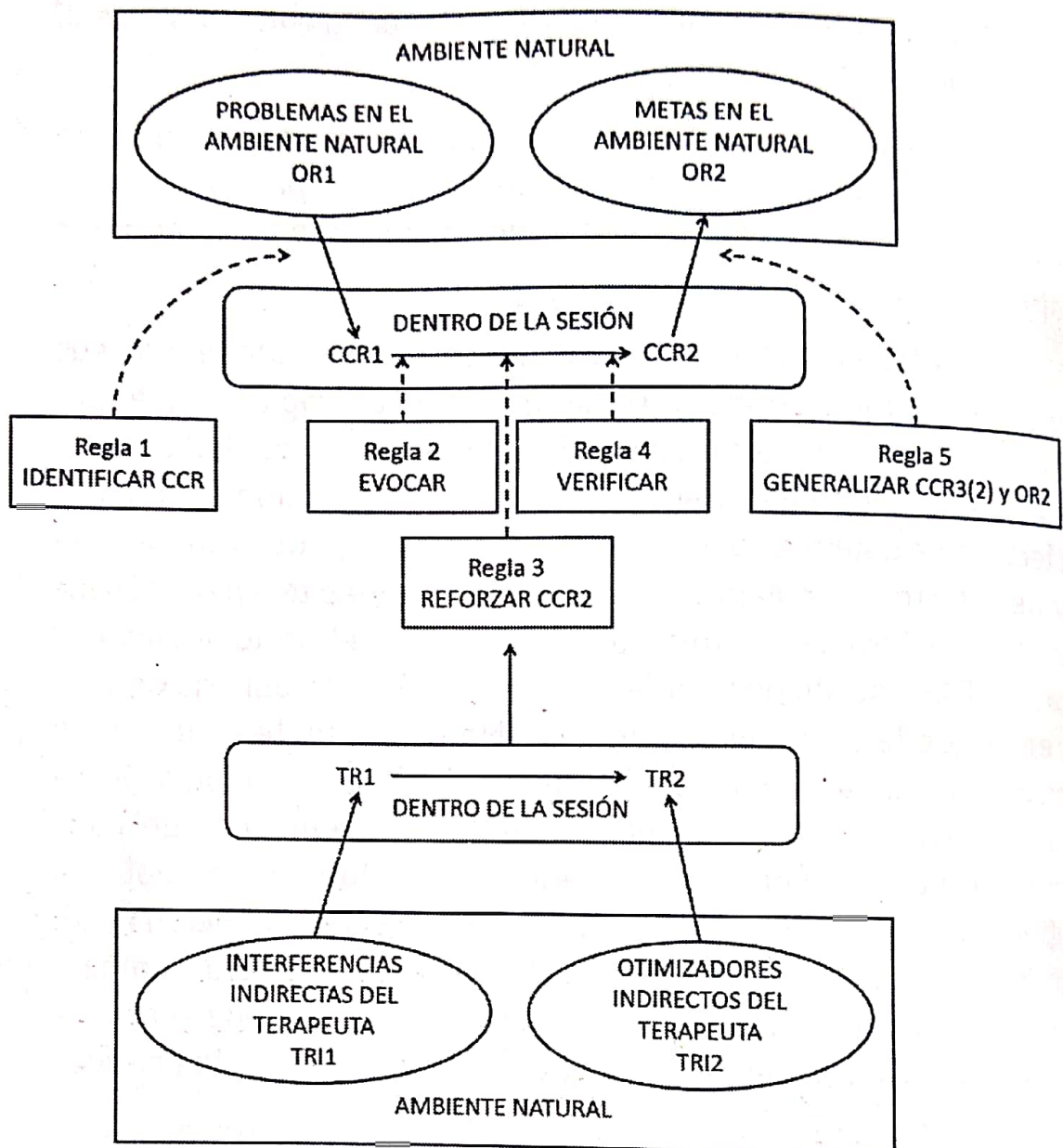


Figura 2.2 El proceso dinámico de la FAP

Capítulo 3:

Consciencia, valor y amor

Los términos “consciencia”, “valor” y “amor” (ACL por sus siglas en inglés) de la FAP se usaron por primera vez en el libro “A Guide to Functional Analytic Psychotherapy” de Tsai et al (2009), desde entonces, se les ha utilizado para describir mecanismos o procesos terapéuticos de la FAP, tipos específicos de CCR, cualidades del terapeuta FAP efectivo y hasta como sinónimos de sus cinco reglas. El objetivo de este capítulo es describir estos términos desde dos aproximaciones: a) Como mecanismos relevantes al desarrollo de relaciones interpersonales significativas y, desde esta aproximación, tanto como posibles CCR2 a desarrollar cuando los problemas del consultante se relacionan con dificultades de naturaleza social como T2 a considerar para moldear y generalizar este repertorio en el ambiente natural del consultante; y b) Como procesos clínicos transdiagnósticos a contemplar como posibles CCR2 cuando sus problemas parecieran ser de naturaleza intrapersonal.

3.1. Un Modelo Funcional de la Conexión Social.

El comportamiento interpersonal ha recibido mucha atención en diversas disciplinas científicas, en las cuales se han empleado términos como apego, vínculo o intimidad para referirse a su efecto ideal cuando existen dos o más personas interesadas en crear una relación significativa. Consideremos como una relación significativa aquella en la que sus miembros son sensibles a sus necesidades y actúan para ayudarse mutuamente a satisfacerlas, tradicionalmente esperaríamos que esto ocurriera en

relaciones de amistad, románticas, paterno-filiales de confianza, de solidaridad entre vecinos, etc.

En este libro utilizaremos el término *conexión social* para referirnos a este tipo de asociación interpersonal y que usualmente es tactada por los consultantes de tres formas:

- a. *Conexión* puede hacer referencia al conjunto de cualidades que un individuo de forma particular desea para sus relaciones interpersonales (Kok et al., 2013), como en el caso de un consultante que expresaba "*deso sentirme más conectado con mis compañeros de trabajo*". Si bien el término *conexión* puede ser universalmente utilizado, las características a las que se refiere varían de individuo a individuo, por ejemplo: una persona puede decir que está "conectada" cuando interpreta adecuadamente los sentimientos de las demás personas, otra puede sentirse "conectada" cuando llega a acuerdos que benefician los intereses de todas las partes involucradas, y otra puede usar el término para describir momentos donde logra hacer que sus objetivos se coordinen con los de otra persona.
- b. *Estar conectado* puede referirse a un sentimiento elicitado en estas interacciones, como cuando se dice "*me siento conectado contigo en este momento*", "*creo que estamos en sintonía*" o "*es como si lleváramos toda la vida de conocernos*". Como puede apreciarse en los ejemplos mencionados, este sentimiento de *conexión* puede ser descrito de manera diferente por distintos individuos, es importante que el terapeuta pueda identificar este sentimiento y referirse a él desde el lenguaje del consultante.
- c. *Sentir una conexión* también puede referirse a la experiencia de sentirse unido a otra persona de forma estable, duradera y en diversos contextos a pesar de la distancia o el tiempo que se pasa con ellas (p.ej., Kohut, 1984; Lee & Robbins, 1995; Rholes & Simpson, 2004).

Diferentes nombres que las personas usan para referirse a este sentimiento son "sentirse cerca de", "sentirse vinculado", "ser parte de", entre otros.

Incrementar la conexión resulta importante desde una perspectiva sanitaria, por ejemplo, en un meta-análisis de Holt-Lunstad, Smith y Layton (2010) se identificó que la falta de conexión social era un predictor de mortalidad tan significativo como el tabaquismo, y que se encontraba por encima de la obesidad y el consumo excesivo de alcohol en los E.U.A. Por otra parte, parece que los seres humanos son una especie social propensa a desregularse severamente cuando las conexiones son escasas o nulas (Cacioppo & Patrick, 2008) como lo demuestran las investigaciones sobre los efectos de la conexión social en procesos biológicos primarios como el tono vagal, la salud cardiovascular y el funcionamiento inmune (p.ej., Cacioppo et al., 2008; Fredrikson, 2013). No es de extrañar, entonces, que la conexión social, o la falta de ella, se haya establecido como un predictor diagnóstico del trastorno y su severidad, como se entienden desde el sistema de clasificación tradicional del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM; Wetterneck & Hart, 2012). Por otra parte, el Instituto Nacional de Salud Mental (EUA; NIMH) ha identificado a la conexión social como un elemento central (p.ej. "los sistemas para los procesos sociales") desde el cual podrían basarse nuevos sistemas de clasificación de enfermedades mentales (Cuthbert & Kozak, 2013).

Este interés en la conexión social siempre ha sido fundamental en la FAP, tanto porque parece ser especialmente apropiada para "consultantes con dificultades para establecer relaciones íntimas y/o con problemas interpersonales generalizados y difusos" (Kohlenberg & Tsai, 1991), como porque la respuesta contingente del terapeuta al comportamiento del consultante es su principal mecanismo de acción en una interacción que típicamente involucra la divulgación de información personal, vulnerable e íntima de parte del consultante y, la escucha, validación y cuidado por parte del terapeuta. Este proceso básico entre el cliente y el terapeuta hace de la terapia un contexto relacional en

el que la intimidad se puede desarrollar de forma natural y en el que los problemas relacionados con ella pueden observarse en vivo, de tal suerte que el funcionamiento interpersonal es un objetivo obvio del proceso terapéutico de la FAP.

Un proceso de conexión social similar al mencionado es descrito por Reis y Shaver (1988), quienes desarrollaron un modelo socio-cognitivo de la intimidad. De acuerdo al modelo, la intimidad se desarrolla cuando 1) dos personas concientes de sus motivaciones, necesidades, metas y temores se encuentran, 2) una de ellas se arriesga a revelar información personal de forma que se pone en una situación vulnerable y, 3) recibe empatía, validación y cuidado por parte de la otra persona; un elemento llamado "capacidad de respuesta". Según el modelo, la intimidad es posible si este proceso es recíproco entre ambos miembros de la diada. Córdoba y Scott (2001) proporcionaron una interpretación analítico conductual de este proceso definiendo al "comportamiento interpersonal vulnerable en un contexto de consecuencias de castigo potenciales" como el elemento clave para el desarrollo de la intimidad. Actualmente existen docenas de estudios en diversos contextos que han aportado evidencia empírica a este modelo (Aron, Melinat, Aron, Vallone, & Bator, 1997; Canevello & Crocker, 2010; Laurenceau, Barrett & Pietromonaco, 1998; Lemay & Clark, 2008; Manne, Badr, & Kashy, 2012; Manne, et al., 2004; Reis et al., 2010; Sprecher, Tregerr, Wondra, Hilaire, & Wallpe, 2013).

En el modelo ACL de la Conexión Social el término "consciencia" se traslapa con la noción de motivos, necesidades, metas y temores del modelo de Reis y Shaver (1988), el término "valor" con el de auto-revelación vulnerable y, el de "amor" con el papel de la capacidad de respuesta.

3.2. Consciencia, Valor y Amor (ACL).

Consciencia: Desde una perspectiva funcional y desde el modelo ACL de la Conexión Social, la consciencia es el acto de

discriminar señales de refuerzo pertinentes para el comportamiento interpersonal de valor y amor. Una descripción formal de la consciencia puede ser estar despierto y vivaz a lo que ocurre en el momento presente, con uno mismo, la otra persona y respecto a la forma en que se influyen mutuamente. Una falta de consciencia es "actuar en piloto automático", "irreflexivamente" o "impulsivamente", bajo el control de la experiencia interna o de los estímulos que surgen durante la interacción sin discriminar las funciones de acercamiento o evitación del propio comportamiento.

Específicamente, deseamos que los consultantes sean concientes de: a) *uno mismo*: la consciencia de uno mismo incluye a los eventos privados (sensaciones, pensamientos, recuerdos, imágenes o impulsos) que surgen durante la interacción interpersonal, los elementos de la propia historia que nos hacen reaccionar al mundo de esa manera y a los propios valores y metas que se eligen como importantes durante la interacción; p.ej. "comunicarse claramente", "ser paciente con la otra persona", "llegar a un acuerdo", etc. b) *el otro*: lo que implica ser concientes de lo que la otra persona pudiera estar experimentando, su historia, así como de sus valores y objetivos; dicho de otra manera, tomar la perspectiva del otro (Vilardaga, 2009) y c) *la diada*: la forma en que los miembros de la interacción, sean dos o más, se influyen entre sí; desde una perspectiva funcional, esto es, ser concientes de las funciones discriminativas y de consecuencia del propio comportamiento respecto a la otra persona y viceversa. La consciencia es fundamental para poder ser empático y compasivo con el otro y con uno mismo.

La consciencia es la responsable de que una persona pueda "elegir" actuar para aproximarse a lo que le importa en presencia de estímulos públicos o privados aversivos y, por lo tanto, es una condición necesaria para que la persona pueda actuar con valor. Así, por ejemplo, una consultante que ha sufrido un abuso sexual puede sentir asco y el deseo de golpear a su pareja cuando le acaricia, si ella pudiera notar estas experiencias y al mismo tiempo valorar la relación afectuosa con su pareja e identificar sus necesidades, podría elegir otras formas de actuar que

fueran más congruentes con sus objetivos. Asimismo, el acto de "ser consciente" le permitiría verificar si el efecto de su comportamiento efectivamente le acerca o le aleja de lo que ella y la otra persona quieren conseguir en ese momento.

Valor: Valor es sinónimo de correr riesgos interpersonales, es decir, presentar un comportamiento de aproximación durante una interacción social de función aversiva; p.ej. pedir tiempo a una persona para poder conocerla, siendo que en el pasado el comportamiento de "pedir tiempo" pueda haber sido castigado con indiferencia o regaños por parte de la familia o parejas potenciales. Como puede apreciarse en el ejemplo, el acto valiente en este modelo de conexión social es hacer algo importante durante una interacción social, ante la presencia de experiencias indeseadas (ansiedad, por ejemplo) elicitadas por la interacción misma y donde el refuerzo que se busca está mediado por la otra persona (u otras personas) involucrada en la interacción.

Una característica importante de los actos valientes es su cualidad estratégica, lo que implica que la consciencia y el acto valiente son parte de la misma cadena operante. Es decir, se debe tener consciencia del sí mismo, del otro y la interacción para poder discriminar los riesgos que permiten y tienen la probabilidad de obtener un refuerzo valioso.

Tres ejemplos típicos de acciones valientes evocadas dentro de las relaciones interpersonales son: a) experimentar vulnerabilidad; b) comunicar (tactar) lo que se siente, c) pedir (mandar) lo que se necesita, sea cercanía, apoyo, respeto de límites, retroalimentación o pruebas de reconocimiento y afecto. El acto de sentirse vulnerable, en vez de negar, minimizar o evitar dicha sensación es fundamental para la comunicación; esta acción no implica un acto verbal necesariamente sino simplemente el permitir que la emoción experimentada se muestre corporalmente. Comunicar la experiencia es describir a los otros lo que se experimenta en ese momento, dicha auto-revelación, es fundamental para la conexión social y el desarrollo de relaciones íntimas (Baddeley & Singer, 2009; Brunell et al., 2010; English & John, 2013; Graham, Huang, Clark, & Helgeson, 2008; Reis et al. 2010). Pedir lo que se necesita implica acciones muy variadas, ya que

esta amplia categoría incluye a necesidades específicas, como establecer límites, pedir y proporcionar cercanía, apoyo, retroalimentación o muestras de aprecio.

En una interacción terapéutica podemos encontrar incontables ejemplos de acciones valientes, imagine que el consultante pudiera estarse comportando de una forma vulnerable cuando llora, le tiembla la voz, su rostro enrojece, muestra entusiasmo, etc. de la misma manera, estaría comunicando sus sentimientos cuando le dice "me cuesta trabajo hablar de esto", "me enfada la situación", "no puedo con esta frustración", "estoy muy feliz", "es muy pronto para hablar de esto", etc. Por último, es importante reconocer situaciones donde el cliente pide algo específico de forma explícita "¿podemos cambiar el horario de la cita de la próxima semana?", "¿puedo sentarme en ese sillón?", "¿a qué hora comienza usted a atender su consulta?" o bien, cuando hace peticiones de forma implícita, "quedarse mirando la caja de pañuelos desechables", cuando le hace comentarios casuales como "creo que me será difícil llegar a tiempo la próxima sesión", pide tiempo para hablar sobre un tema "estoy desesperada sobre esto", etc. Le sugerimos, identificar ejemplos de estas acciones en su vida cotidiana y con sus consultantes para fortalecer su capacidad de discriminarlas y, al mismo tiempo, le animamos a recordar adoptar una perspectiva funcional para reconocer si estas acciones que "se ven valientes" en realidad lo son en términos de que implican correr un riesgo y sobre todo "si son acciones poco frecuentes y cuyo incremento favorecería la satisfacción de las metas interpersonales y de la persona"; dicho de otra manera, en un contexto terapéutico un acto es valiente si representa una CCR2 o una CCR3-2, y el terapeuta haría bien en discriminar (Regla 1) y evocar (Regla 2) estos comportamientos para poder reforzarlos de forma natural y contingente (Regla 3).

Amor: En la FAP, el amor es una acción que se presenta en respuesta al valor, así, responder con amor implica reforzar naturalmente al comportamiento valiente. La potencia de este reforzamiento depende del grado en el cual la acción amorosa está sintonizada y responde al tono de la petición expresada a partir del acto valiente. El amor es en sí mismo un tacto (Barnes-Holmes,

Barnes-Holmes, & Cullinan, 2000; Skinner, 1957), cuyo ajuste es una función tanto del control del estímulo antecedente, en este caso la acción valiente, como del grado en que el refuerzo provisto está generalizado. Dicho en otras palabras, la respuesta de amor exitosa requiere empatía y toma de perspectiva (consciencia), de forma que se discrimine la naturaleza específica del acto valiente del otro y, se pueda proveer una consecuencia sensible que, a su vez, sea reforzada por cualquier indicativo de que se ha contribuido a mejorar la condición del otro. Desde una perspectiva funcional, podría decirse entonces que una relación de amor es aquella donde dos personas responden la una a la otra de una forma que se experimenta como mutuamente reforzante, siendo así que los miembros de la diada trabajan para producir buenos resultados para el otro, simplemente porque es reforzante hacerlo. Lo anterior es un ejemplo de la activación del sistema cerebral de recompensas que se ha mostrado en diversos estudios de neurociencias al observar la relación entre las acciones de amor descritas (Carter, 1998; Zeki, 2007).

En la FAP, la forma específica de la respuesta valiente y amorosa puede variar topográficamente dependiendo de los contextos y los individuos inmersos en ellos, no obstante, representar una relación funcional que puede observarse a través de múltiples ejemplos de conexión social. Con esto en mente, describimos los siguientes ejemplos para ilustrar algunas formas que las acciones de amor pudieran tener.

a) Proveer seguridad y aceptación: típicamente, proveer un nivel básico de seguridad, aceptación, validación y empatía a una persona que se siente vulnerable tiene un gran valor de reforzamiento, es decir que ambas respuestas están relacionadas funcionalmente para dar efecto a la conexión social. b) Auto-revelación recíproca: la pertinencia de la auto-revelación vulnerable (de forma que los dos individuos se unan en su vulnerabilidad) depende de la naturaleza de la relación interpersonal; no obstante, debe considerarse que esta auto-revelación recíproca es fundamental en relaciones íntimas no-terapéuticas y debe considerarse como una alternativa para reforzar una posible CCR2; esta respuesta es especialmente relevante cuando la CCR2 del consultante es el responder con amor hacia el terapeuta, de esta

forma la auto-revelación del terapeuta sirve como retroalimentación al consultante. Por ejemplo, imagine que el terapeuta tiene la garganta reseca y el consultante le ofrece un dulce de miel, una forma de reforzar este acto puede ser tomarlo o decir al consultante algo como "gracias, notaste justo lo que necesitaba" si es que en verdad lo siente así. c) Dar al otro lo que necesita: cuando una persona hace una petición (implícita o explícita), la respuesta del otro debe ser muy específica y por lo tanto tener una gran variedad de topografías, p.ej. "estar cerca", "respetar límites", "disculparse", "prometer", "ayudar", "proveer de retroalimentación", o "expresar afecto". La ocurrencia de cualquier mando puede ser de una mayor relevancia para la conceptualización de caso e intervención en la FAP, de forma que una petición aparentemente extra-terapéutica puede en realidad ser una CCR. Por ejemplo, cuando un consultante pide agendar una cita adicional en una semana está emitiendo un mando que debe ser considerado una CCR2 (o CCR1 según el caso), y el terapeuta debe responder acorde a ello.

La tabla 3.1 muestra un ejemplo de la forma en que el repertorio de ACL puede mostrarse dentro y fuera de sesión.

Tabla 3.1
Ejemplos de conductas clínicamente relevantes y comportamientos relevantes fuera de la sesión.

Ejemplos de CCR1 y 02		Ejemplos de CCR2 y 02	
Consciencia	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Dificultades para identificar las necesidades propias o de los otros, o minimización de las mismas.</u> - <u>Dificultades para identificar el efecto del propio comportamiento sobre los demás o las situaciones y viceversa.</u> 	-	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Identificar pensamientos, sentimientos y valores propios y de los otros.</u> - <u>Identificar el impacto del propio comportamiento en la situación, los demás y viceversa.</u>

Valor	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Inhibición emocional.</u> - <u>Retraimiento, subyugación y autosacrificio.</u> - <u>Pasividad.</u> - <u>Acciones de evitación, escape o seguridad.</u> - <u>Comportamiento compulsivo.</u> 	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Autorevelación de sentimientos y experiencias.</u> - <u>Expresar puntos de vista y necesidades.</u> - <u>Establecer límites.</u> - <u>Pedir apoyo o retroalimentación.</u> - <u>Atreverse a hacer cosas importantes.</u>
Amor propio	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Malos hábitos alimenticios, de sueño o higiene.</u> - <u>Desorganización e indisciplina.</u> - <u>Rumiación autopunitiva.</u> - <u>Preocupación obsesiva.</u> 	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Actividades de autocuidado.</u> - <u>Auto-validación.</u> - <u>Auto-compasión: Detectar y frenar la rumiación, premiarse por obtener logros, etc.</u> - <u>Permitir muestras de afecto y recibir ayuda por parte de otros.</u>
Amor compasivo	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Juzgar, criticar, rechazar a los otros.</u> - <u>Actitudes punitivas o severas.</u> - <u>Rechazo de la intimidad.</u> - <u>Inhibición de sentimientos positivos.</u> - <u>Justificarse.</u> - <u>Ignorar a los otros en momentos de necesidad.</u> 	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Mostrarse vulnerable ante la vulnerabilidad del otro.</u> - <u>Ser amable.</u> - <u>Reconfortar y proteger al otro.</u> - <u>Mostrar aprecio o afecto.</u> - <u>Disculparse.</u> - <u>Negociar.</u> - <u>Expresar entendimiento, validar.</u> - <u>Cumplir con lo que se promete.</u> - <u>Dar a otros lo que necesitan.</u>

3.3. ACL como cadena operante.

El modelo ACL puede entenderse como una cadena operante interpersonal relevante para la conexión social que puede moldearse durante la relación terapéutica. En esta cadena, la consciencia implica prestar atención a ciertos estímulos durante la interacción social, de forma que estos se vuelven más relevantes para evocar conductas valientes y amorosas en situaciones donde la evitación era más probable. El valor, implica la disposición a sentirse vulnerable, expresarlo y aun así atreverse a hacer peticiones específicas y el amor, implica responder al valor del otro de una forma que funcione, idealmente, como un refuerzo natural para el comportamiento del otro y que al mismo tiempo sea reforzado por sus efectos positivos generalizados en el otro.

Así, si el terapeuta conceptualiza e interviene sobre estas clases funcionales de ACL como CCR2 contribuye a mejorar la conexión social, de forma que este proceso se fortalezca de manera tal que llegue el momento en el que la consciencia y el amor tengan tal fuerza que no haya necesidad de valor. En otras palabras, la situación ideal es que los miembros de la diada tengan una consciencia y respuesta amorosa tan exquisita que sus necesidades sean predichas, de forma que las respuestas de amor se presenten sin tener que solicitarlas (valor). Por supuesto que esto toma tiempo en desarrollarse, y lo hace después de múltiples ejemplos de la cadena interaccional anteriormente mencionada, lo que describe adecuadamente a las relaciones íntimas más gratificantes.

3.3.1 ACL para terapeutas de FAP.

Los términos ACL también se han utilizado en algún momento para describir el comportamiento del terapeuta de FAP. Tsai et al. (2009) utilizaron por primera vez estos términos como un complemento a las descripciones de las cinco reglas (Tabla 3.2), la idea era conectar la terminología de la FAP con términos de uso común, de forma que se pudiera comunicar al lector el tono emocional apropiado con que se implementan, para ilustrar

esta idea, note las diferencias psicológicas y funcionales entre las siguientes instrucciones: a) observar CCRs, evocar CCRs y reforzar naturalmente las CCRs (practicar las Reglas 1, 2, y 3) y b) estar conciente de lo que ocurre dentro de la sesión, tener el valor para evocar las CCRs, y mostrar afecto, validación o amor ante las CCR2. En otras palabras, podría considerarse que ACL describe las cualidades del comportamiento del terapeuta de FAP mientras le ayuda a tener presente el modelo de conexión social anteriormente descrito, sentando el tono para pensar en la psicoterapia como una relación horizontal entre seres humanos que luchan conjuntamente por dar un sentido: traer conexión a sus vidas.

Esta idea puede resultar bastante útil si se considera que la FAP utiliza un modelo de conexión social para moldear la conexión social, donde sus principios y reglas clarifican este proceso (Kanter et al. 2015). Considere el proceso dentro de la sesión desde una perspectiva operante (Figura 3.1), el proceso inicia con la consciencia del terapeuta respecto a sus TRs y las CCRs del consultante (Regla 1), la cual es funcionalmente equivalente a la que deseamos que el consultante muestre en sus relaciones interpersonales. Posteriormente, el terapeuta se muestra valiente al hacer un uso deliberado de estrategias evocativas de CCR (regla 2), p.ej. decir al consultante "veo que estás desviando la mirada, pareciera como si quisieras decirme algo pero que no te atreves" de la misma forma se considera que este tipo de estrategias son funcionalmente equivalentes al repertorio que el consultante desearía desarrollar. Practicar la Regla 2 de forma efectiva implica valor por parte del terapeuta, pues requiere proveer de retroalimentación honesta, persistir en presentar estímulos aversivos (con la finalidad de evocar y moldear respuestas más efectivas, como en la exposición) o hacer auto-revelaciones donde se exponga vulnerable. La consciencia y valor del terapeuta representa los antecedentes para las CCR2 del consultante. Cuando un consultante responde con una CCR2 valerosa, la respuesta apropiada del terapeuta implica un acto de amor (Regla 3) el cual es, a su vez, equivalente al tipo de respuestas que el consultante esperaría fortalecer en sus relaciones interpersonales.

Tabla 3.2
Las 5 Reglas de la FAP y su Término ACL correspondiente
(Tsai et al. 2009; adaptadas de Kanter et al. 2015)

Regla	ACL usado en Tsai et al. (2009)
1: Observar las CCRs	Estar conciente
2: Evocar CCRs	Ser valiente
3: Reforzar naturalmente las CCRs	Dar amor terapéutico
4: Observar el efecto del refuerzo en las CCRs	Estar concientes del propio impacto
5: Proveer interpretaciones informadas en el análisis funcional e implementar estrategias de generalización	Ninguna (conductismo)

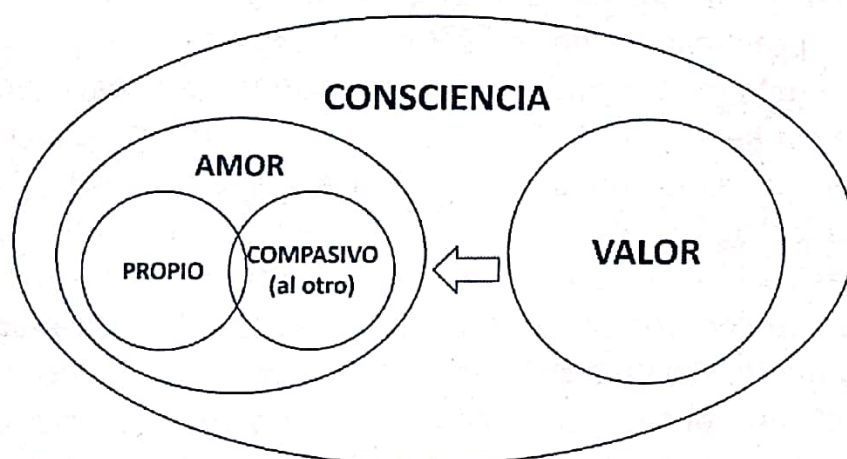


Figura 3.1 Consciencia, valor y amor.

En resumen, cuando el terapeuta se involucra en este mecanismo (Reglas 1, 2 y 3), su ACL se desarrolla en una secuencia paralela a la secuencia ACL que el consultante espera presentar con sus otros significativos en la vida diaria. Notará que las Reglas 4 y 5 no están descritas explícitamente por el modelo ACL, en este, la Regla 4 puede considerarse como una subcategoría de la consciencia mientras que la Regla 5 se asume específica del terapeuta y no tan relevante de desarrollar para el comportamiento interpersonal del consultante.

3.3.2 ACL como procesos transdiagnósticos.

De manera genérica, las psicoterapias conductuales contextuales, o terapias conductuales de tercera generación, se caracterizan y distinguen de sus predecesoras por enfocarse en el análisis de la función y contexto de los eventos psicológicos y buscar el desarrollo de una actitud "abierta, conciente y activa" ante las barreras psicológicas, para desarrollar repertorios de comportamiento flexibles que permitan vivir de una manera satisfactoria según lo que cada individuo defina como valioso o importante (Hayes, Villatte, Levin & Hildebrandt, 2011).

La FAP, se distingue del resto de las psicoterapias conductuales contextuales por su naturaleza interpersonal e interés en el análisis de la relación terapéutica como medio de cambio clínico. Los practicantes de la FAP se interesan en la forma en que su conducta influye en la de sus consultantes y, para lograr esa influencia se sirven de tres funciones: 1) su propia capacidad para elicitare emociones, 2) provocar acciones y 3) reforzar el comportamiento (Tsai, Kohlenberg & Kanter, 2009). El uso estratégico de estas funciones ayuda a los consultantes a desarrollar repertorios de comportamiento efectivos y flexibles para lograr las metas que le llevan a psicoterapia. De manera genérica, se podría decir que el terapeuta adopta una postura abierta, conciente y activa para ayudar a sus consultantes a desarrollar esta misma postura y así, ser más eficaces para conducirse hacia sus metas en presencia de barreras psicológicas, físicas o ambientales importantes. En la FAP, esta actitud abierta, conciente y activa puede conceptualizarse dentro de los mismos términos de ACL aplicados en un contexto intrapersonal, distinto al contexto interpersonal anteriormente descrito. A continuación, describimos estos procesos y los relacionamos con procesos psicológicos comprobados de valor transdiagnóstico.

Consciencia. Anteriormente describimos a la consciencia como el acto propositivo de estar despierto y vivaz frente al momento presente, las experiencias que contiene y lo que es importante sobre él. Desde una perspectiva intrapersonal se asume que la consciencia de tipo mindfulness favorece la "sensibilidad"

al momento" y, por lo tanto, el "auto-manejo y afrontamiento efectivo" de la situación; en otras palabras, favorece la discriminación de estímulos discriminativos relevantes para la emisión del comportamiento efectivo para contactar con los reforzadores deseados. Considere la siguiente definición de Kohlenberg y Tsai (1991) de mindfulness: (Auto-discriminación que juega un papel importante en el desarrollo del "Yo" y ayuda a permanecer ante estímulos aversivos proveyendo la oportunidad de presentar nuevos comportamientos que pudieran ser reforzados (Kohlenberg, Tsai, Kanter & Parker, 2009).

Hasta el momento, se ha demostrado que el entrenamiento de este tipo de consciencia, por ejemplo el entrenamiento en mindfulness, tiene efectos significativos y persistentes en problemas como la ansiedad, depresión, abuso de sustancias, dolor crónico, déficit de atención e hiperactividad, insomnio, afrontamiento de condiciones médicas, entre otros (Grossman et al. 2004, Zgierska et al. 2009), y que incrementa la sensación de conexión social (Hutcherson, Seppala & Gross 2008) y emotividad positiva (Frederickson et al. 2008, Hutcherson et al. 2008).

Desde FAP, la consciencia plena del momento puede conceptualizarse como una CCR2. Por ejemplo, considere el siguiente caso de un consultante que reporta tener "miedo a salir de noche después de haber sido víctima de un crimen" y que desea "recobrar su vida atreviéndose a hacer las cosas a las que ha renunciado después de que su miedo tomara control de su vida", el terapeuta podría notar (regla 1) momentos donde el consultante experimenta este temor o rumia sobre su problema durante la sesión y animarlo (regla 2) a "tomar distancia" y "atreverse a mirar al miedo a los ojos" mediante la descripción de las experiencias notadas en el momento y observar como estos varían durante la observación; posteriormente se podría reforzar (regla 3) esta observación animando al consultante a observar el sentimiento de fortaleza o de logro que acompaña al acto de "haberse atrevido a sentir miedo" u, optar por revelar su admisión hacia el acto del consultante. Tras verificar el impacto de la experiencia (regla 4) podría animar al consultante a practicar

esta fortaleza en su vida diaria cada que el miedo se presente o, incluso, buscar exponerse a situaciones generadoras de miedo de forma que pudiera practicar esta observación (regla 5).

Suponga ahora que el mismo consultante comienza a describir un episodio donde tuvo temor de salir solo por la noche y repentinamente comienza a hablar sobre los detalles del crimen del que fue víctima, es decir que comienza a rumiar y desvía su atención por completo del punto (CCR1), el terapeuta podría notar este acto (regla 1) y pedir al consultante notar el impulso de "sumergirse en esta historia" y desobedecerlo deliberadamente manteniendo su vista en los ojos del terapeuta y tratando de notar sus cambios emocionales mientras le describe el acontecimiento del que hablaba originalmente (regla 2). La discriminación de las contingencias que controlan las CCR (regla 5) es un repertorio de consciencia que también resulta muy importante desarrollar en la FAP intrapersonal.

Como se ha mencionado anteriormente, la FAP es una psicoterapia que requiere una conceptualización de caso funcional antes de definir lo que representan las CCRs y ORs de un consultante en particular; no obstante, al igual que en el modelo ACL de conexión social descrito anteriormente, este modelo de ACL como procesos intrapersonales de valor transdiagnóstico puede orientar la tarea de discriminación de CCRs del terapeuta. Desde este modelo, la importancia de conceptualizar la consciencia como una CCR2 no puede subestimarse dada la extensa literatura que muestra la utilidad de desarrollar esta conducta (lo animamos a consultar las fuentes referenciadas arriba) y el importante papel que tiene en diversos modelos clínicos sustentados en evidencias como la *Terapia Dialéctica Conductual*, la *Terapia de Aceptación y Compromiso*, la *Terapia Metacognitiva*, las *Terapias Basadas en el Mindfulness*, o las terapias de *Regulación Emocional*.

Valor. Desde una perspectiva intrapersonal, nuestra definición de valor no difiere mucho de la descrita anteriormente, piense en valor como hacer algo importante, que implique un

desafío para la persona y que al mismo tiempo sea seguro y le acerque a lo que le es importante. Adoptar esta postura activa respecto a lo que es importante permite tanto el cambio del propio ambiente y la calidad de las relaciones interpersonales de forma que se ajusten más a los valores personales, al mismo tiempo que le permiten valorar su esfuerzo y que su postura activa se refuerce intrínsecamente. Los meta-análisis sobre la eficacia de la activación conductual y la terapia de exposición ilustran la importancia clínica de este proceso (Mazzucchelli, et al. 2009), también está documentada la eficacia del uso de estrategias de toma de riesgos para favorecer el compromiso y adherencia al tratamiento en diversas formas de psicoterapia (Bornalova & Daughters 2007) y, se ha mostrado una relación inversa entre la depresión y la exposición a situaciones positivas aportando evidencias a la importancia de la activación como mecanismo de cambio (Manos, et al. 2010).

Los consultantes darán muchos ejemplos de CCR1 y CCR2 relevantes al valor durante su tiempo en terapia, p.ej. reconozca que las siguientes conductas pueden representar ejemplos de CCR2: llegar a tiempo a sesiones, atreverse a hablar de un tema vergonzoso para ellos, atreverse a tomar el transporte público para llegar a consulta, o simplemente sentarse en un sillón donde un desconocido se ha sentado minutos atrás. El terapeuta hará bien en identificar estas CCR (regla 1) o, crear situaciones dentro del consultorio que permitan que el consultante afronte riesgos emocionales similares a los que debería afrontar en su vida cotidiana (regla 2), de esta forma se aprovecharían valiosas oportunidades para reforzar el valor de exponerse a situaciones emocionalmente amenazantes, activarse realizando tareas desafiantes o inclusive ensayar habilidades conductuales o de solución de problemas (regla 3). La revisión de estas experiencias (regla 4 y 5) y la programación de ensayos en el ambiente natural (regla 5) para desarrollar OR2 deberían de incluirse siempre al terminar una sesión donde se trabajen estas CCR.

Se podría decir que el análisis de los contextos donde se pretenden realizar las conductas deseadas (es decir el moldeado

miento de estos comportamientos), su ensayo y su práctica es un proceso implícito en cualquier terapia conductual. Lo que distingue a la FAP es la observación e intervención activa sobre las ocurrencias espontáneas de las conductas deseadas e indeseadas durante la sesión terapéutica. El uso del ensayo conductual, la exposición o la programación de actividades pueden ser estrategias evocativas que proveen la oportunidad de observar e intervenir sobre CCRs. Asimismo, la exposición, activación conductual y entrenamiento en habilidades serían estrategias básicas a considerar para desarrollar y practicar actos valientes en la FAP intrapersonal. Finalmente, la retroalimentación, expresión de reconocimiento y validación son reforzadores naturales que el terapeuta puede usar en estas situaciones, ya que probablemente son más usuales en estos contextos que las muestras de vulnerabilidad recíproca (por ejemplo).

Amor. Podemos dividir el amor en dos tipos: a) amor propio que implica aceptar y cuidar de uno mismo, dándose lo necesario para actuar con consciencia, valor y amor hacia los demás y, b) amor compasivo, que implica responder al otro de una manera empática, específica y en sincronía con sus necesidades de forma que se genere un sentimiento de conexión interpersonal. En la FAP, al hablar de intrapersonal nos referimos a concentramos en el amor propio, que incluye una gran diversidad de procesos de utilidad clínica comprobada como la aceptación de la propia experiencia y el entrenamiento de habilidades de comunicación, solución de problemas, autocuidado y regulación emocional (Werner & Gross, 2010).

Ejemplos de amor propio incluyen la auto-aceptación (o auto-compasión), aceptar muestras de amor (cuidado, afecto, etc.) y el auto-cuidado. El terapeuta de la FAP podría estar atento, evocar y reforzar estas CCR2 cuando se presenten en la sesión. Por ejemplo, supongamos que un consultante que desea mejorar su autocuidado saca una botella de agua dentro de la sesión, el terapeuta podría reforzar esta acción de autocuidado a partir de una muestra de reconocimiento *"no se te veía tomar agua antes, ¿llevas tiempo con este hábito?"*, verificar el efecto de su

intervención y tratar de generalizar estas acciones con otras acciones *"¿qué otros escalones hacia una vida más saludable podrías subir esta semana?"*. Desde la FAP intrapersonal, las acciones de autocuidado pueden evocarse a partir del entrenamiento en habilidades conductuales, como el entrenamiento en auto-control, manejo de agendas, entrenamiento en habilidades de regulación emocional o control del estrés, etc., siempre cuidando analizar estas oportunidades como un ejercicio evocativo de CCR ante las que se debe intervenir oportunamente. Conductas como la auto-compasión pueden evocarse a partir de ejercicios de meditación o de toma de perspectiva (ver capítulo 6).

3.3.3. Conclusión.

Los términos de ACL representan tipos de CCR que pueden orientar la conceptualización de caso e intervención de la FAP. ACL se ha usado originalmente para describir una cadena operante y una relación funcional altamente probable entre el comportamiento de una diada de individuos (o más) que se involucran en una interacción de conexión o intimidad; por esta razón, ACL resulta una forma de conceptualizar las CCR de consultantes con problemas interpersonales que pueden intervenir de manera natural durante la FAP, ya que la naturaleza misma de la relación terapéutica en la FAP representa un espejo del tipo de relación que el consultante desearía desarrollar en su vida cotidiana. Por otra parte, ACL puede utilizarse para identificar CCR intrapersonales y para planear intervenciones de FAP orientadas al logro de metas y a desarrollar estilos de vida congruentes con los valores personales. En ambos casos, ACL no representa la única forma de identificar CCR, conceptualizar casos y planear tratamientos en FAP, en todo momento debe considerarse que la FAP es una intervención analítico conductual y que el análisis que hace de la problemática conductual humana y su solución siempre es funcional. En los siguientes capítulos describiremos estrategias específicas que ayuden a los terapeutas a trabajar desde el modelo ACL inter e intrapersonal de una forma flexible y fundamentada en el análisis funcional conductual.

LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT)¹. FUNDAMENTOS, CARACTERÍSTICAS Y EVIDENCIA

M. Carmen Luciano Soriano y María Sonsoles Valdivia Salas

Universidad de Almería

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) es la más completa de las incluidas en la Tercera Generación de Terapias de Conducta (Hayes, 2004). Se enmarca en una posición filosófica funcional, se asienta en una nueva Teoría del Lenguaje y la Cognición; ofrece una alternativa a la psicopatología tradicional: la dimensión funcional de la Evitación Experiencial; y promueve la investigación básica y los ensayos controlados. Este artículo se articula en varios apartados. El primero dirigido a los avances en la investigación y el curso de las terapias. El segundo contempla las características de la condición humana y lo que la cultura promueve. El tercero concierne a una breve descripción de la Teoría del Marco Relacional. Finalmente, se describen los métodos y componentes de ACT y la evidencia disponible.

Palabras clave: Terapia Conducta, Terapia Aceptación y Compromiso, Teoría del Marco Relacional, Evitación Experiencial, Regulación Verbal, Derivación de Funciones.

This paper describes Acceptance and Commitment Therapy as the most complete of those included in the Third Wave of Behavior Therapies (Hayes, 2004). ACT has a functional philosophical position as well as is based in a new Theory of Language and Cognition (The Relational Frame Theory -RFT), offers an alternative to mainstream psychopathology: the functional dimension of Experiential Avoidance; and promotes basic research and controlled trials in many areas. This paper addresses first, the course of behavior therapy. Second, the characteristics of the human condition and what the culture is promoting. Third, a brief description of RFT is provided. Finally, the methods and components defining ACT are provided pointing to the available empirical evidence in several respects.

Key Words: Behavior Therapy, Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, Experiential Avoidance, Verbal Regulation, Derived Relations.

En el abanico de opciones terapéuticas para afrontar los trastornos psicológicos, la psicología diferencia las terapias con un cierto valor científico, de otras que aunque populares, no reúnen esas características. Recientemente, Hayes (2004) ha diferenciado tres generaciones de terapias. La primera generación se refiere a la terapia de conducta clásica apoyada en el cambio directo del comportamiento mediante el manejo de contingencias, con técnicas fundamentadas en la investigación básica sobre el manejo de las contingencias. A pesar del avance trascendental que supuso el elenco de procedimientos y éxitos conseguidos – actualmente vigentes-, no fue eficaz para el tratamien-

to de ciertos problemas que cursaban los adultos. Se alentó la necesidad de centrarse sobre la dimensión cognitiva y se formalizaron las aproximaciones clínicas que conocemos como terapias cognitivo-conductuales. Éstas conforman la segunda generación de terapias, que asumieron las técnicas centradas en el cambio por contingencias pero otorgando un papel primordial a los eventos cognitivos como eje causal y mecánico del comportamiento. Postulan su tratamiento directo para poder modificar el comportamiento del paciente. Estas terapias han resultado exitosas pero presentan importantes limitaciones. El problema principal es que la explicación y los modos de alteración que ofrecen de los problemas son funcionalmente equivalentes a los establecidos culturalmente, aunque se presenten con ropajes especiales. Sin embargo, no han proporcionado, hasta la fecha, una base experimental sobre la formación, derivación y alteración de los eventos privados, ni de las condiciones en las que se establecen y cambian las relaciones entre los eventos cognitivos y las acciones, ni las bases experimentales sobre las que se fundamentan la mayoría de los métodos clínicos. A pesar de estos agujeros negros

Correspondencia: Carmen Luciano Soriano. Universidad Almería. Departamento Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Cañada de San Urbano. 04120 Almería. España. E-mail: mluciano@ual.es

¹Se mantiene el acrónimo procedente del inglés, ACT (de Acceptance and Commitment Therapy) porque esta terapia se identifica con una sola palabra -ACT- que muestra la importancia de ACTUAR en dirección. Utilizar el acrónimo en castellano sería confuso y perdería el sentido original.

en el conocimiento básico sobre el funcionamiento psicológico, lo cierto es que la terapia cognitivo-conductual goza de buena salud siendo la terapia que más réditos ha cosechado en el ámbito de los tratamientos psicológicos con adultos. Este entendimiento estándar ampliamente diseminado sobre el funcionamiento del ser humano por las terapias de segunda generación -y compartido por las terapias farmacológicas- implica que las acciones de la persona están reguladas por sus pensamientos y emociones, de modo que para cambiar el funcionamiento ineficaz se ha de controlar de algún modo aquello que genere malestar, y el malestar mismo. Por ello, las terapias de segunda generación van dirigidas al cambio de los eventos cognitivos como un medio para alterar las acciones de la persona que presenta trastornos psicológicos. Entre las limitaciones de estas terapias, destaca que se desconocen sus principios activos o lo que es igual, cuando producen cambios significativos no se sabe qué lo causó ni por qué. La efectividad de estas terapias se ha relacionado más con sus componentes conductuales que con los cognitivos, lo que implica una contradicción con sus presupuestos, y, a la vez, un desconocimiento del papel real que tiene la intervención directa sobre los eventos cognitivos. Continúan abiertos numerosos interrogantes sobre las condiciones en las que resultan efectivas, y al contrario, cuándo y por qué no lo son.

La emergencia de las terapias agrupadas en la tercera generación (Hayes, 2004), ocurrió por numerosas razones. (a) El desconocimiento sobre por qué funciona o fracasa la terapia cognitiva; (b) la existencia de concepciones radicalmente funcionales del comportamiento humano; y (c) la curva acelerada de investigaciones básicas en lenguaje y cognición desde una perspectiva funcional. Esto supuso una oportunidad para agrupar modos de hacer, muchos de ellos tomados de las terapias "no científicas", y para confeccionar nuevos métodos.

La tercera generación de terapias representa un salto cualitativo porque las técnicas que engloba están orientadas, no a la evitación/reducción de síntomas, sino a que la persona actúe con la responsabilidad de la elección personal y la aceptación de los eventos privados que conlleve ese proceder. Entre estas terapias figuran la Terapia Dialéctica de Linehan (1993), la Psicoterapia Analítica Funcional de Kohlenberg y Tsai (1991), la Terapia Integral de Pareja de Jacobson, Christensen, Prince, Cordova y Eldridge (2000), la Terapia basada en la Toma de Conciencia/Ser consciente de Segal, Williams y Teasdale (2002), y la Terapia de Aceptación y Com-

promiso de Hayes, Stroschal y Wilson (1999). Todas estas terapias apuestan -y es fundamental la diferencia- por un cambio de diferente nivel al que proponen las terapias previas. No se centran en la eliminación de los síntomas cognitivos para así alterar la conducta del paciente, sino que se orientan a *la alteración de su función a través de la alteración del contexto en el que estos síntomas cognitivos resultan problemáticos*.

En su conjunto estas terapias conectan con algunas otras consideradas no-científicas, por ejemplo, las terapias de corte existencial y experiencial (véase Pérez-Álvarez, 2001). ACT es la más completa de estas nuevas terapias contextuales y en ella nos centraremos. Sus características son: (1) parte de un marco global de referencia sobre las *ventajas y desventajas de la condición humana*, (2) mantiene una *filosofía contextual-funcional*, (3) es coherente con un *modelo funcional sobre la cognición y el lenguaje* (la *Teoría del Marco Relacional*), y (4) sustenta una *perspectiva nueva de la psicopatología* en la que resulta central el concepto funcional de *evitación experiencial destructiva*. Desde esta nueva perspectiva, se entiende que la conexión entre investigación básica, psicopatología, y métodos clínicos es esencial para progresar en la prevención y la alteración de los trastornos psicológicos. En lo que sigue, se comentan algunas de estas características.

LA CONDICIÓN HUMANA Y LO QUE LA CULTURA PROMUEVE

ACT no formula una filosofía novedosa sobre la vida. Recoge la filosofía de vida que ha sido promulgada por numerosos estudiosos del ser humano mucho antes de que conociéramos la procedencia del autoconocimiento, y de sus pros y contras. La experiencia de la dimensión sufrimiento-placer ha sido históricamente aceptada como parte intrínseca de la vida desde diferentes tradiciones religiosas así como por diferentes antropólogos, médicos, filósofos y literatos (Hayes, Stroschal y Wilson, 1999; Luciano, 2001; Wilson y Luciano, 2002). *La experiencia muestra que el sufrimiento y el placer están en la misma dimensión, o dicho de otro modo, que son los dos lados de una misma moneda*. Uno no puede ir sin el otro, lo que significa que es inevitable tener la posibilidad de disfrutar (por ejemplo, al recordar cosas placenteras), sin que ello lleve parejo la posibilidad, antes o después, de recordar situaciones que traigan al presente sensaciones negativas. La dimensión sufrimiento-placer, que sustenta el reforzamiento positivo y el negativo, se amplía

en sus posibilidades cuando los organismos llegan a ser verbales. La experiencia que todos compartimos –de un modo u otro y en mayor o menor grado– es que buscamos el placer, el bienestar, y también alejarnos del dolor y del malestar (en suma del castigo, de la muerte). Compartimos que nuestras acciones no ocurren sin más, sino que se encaminan hacia algo y que ese algo puede estar enmarcado bien sólo en lo más básico (placer y eliminación del dolor inmediatos) o bien en “algo” más relevante que impregne simbólicamente cada acto que llevamos a cabo. Por ejemplo, acciones preñadas por la honestidad, el respeto hacia otros, la fidelidad, el conocimiento, y por un sentimiento de cierta trascendencia. Este repertorio conforma parte del auto-conocimiento del que sólo el ser verbal disfruta pero también el que le condiciona a sufrir más que si no dispusiera del mismo. Es también importante asumir que no tiene vuelta atrás; que una vez que hemos aprendido a comportarnos verbalmente, nuestro funcionamiento queda enmarcado bajo las funciones que cada momento demande según la regulación que proviene de nuestra propia historia (lógicamente eso no significa que no podamos cambiar el modo de proceder).

Teniendo en cuenta estas características que definen la condición humana, se entiende que los mensajes e ideas que se promueven en las comunidades “avanzadas” como las formas de vida “correctas”, pueden ser contraproducentes. Las reglas que se ofrecen “inocentemente” son fórmulas para vivir que nos dicen: *“no la angustia, no a los recuerdos penosos, no la tristeza, a la baja autoestima, no al dolor, etc.”*, son barreras para vivir”. Lo que aconsejan esas fórmulas es *“evita tanto como puedas toda esa miseria, apártala de tu vida en cuanto aparezca”, “busca el placer inmediato y elimina rápidamente el menor signo de malestar”*. Y en esa lógica, los medios, y con frecuencia, los profesionales, proporcionan diversos remedios, como todo tipo de terapias psicológicas y tratamientos farmacológicos que, pretendiendo ser una solución, pueden acabar convirtiéndose en un mal remedio para vivir de un modo equilibrado y satisfactorio. La lógica predominante del “todos contra el malestar y el dolor” y el funcionamiento acorde a ella, son difíciles de alterar en tanto que poderosos sectores económicos y sociales y lo que “la gente quiere de inmediato” se ajustan perfectamente, como dos piezas de un puzzle. El problema surge a la larga, cuando esas dos piezas no encajan con otra, más importante: lo que la persona valora realmente en su vida.

Este tipo de máximas coincide con las concepciones que están a la base de la mayoría de los trastornos psicológicos y de las terapias de segunda generación. En este sentido, cabe volver a decir (Luciano, 2001; Pérez-Alvárez, 2001, y Szazs, 1960) que la lógica que subyace a los modelos psicológicos y psiquiátricos sobre la “enfermedad y la salud mental”, establecida culturalmente en las sociedades desarrolladas, resulta radicalmente contraria a abordar y afrontar el hecho de la condición humana en toda su extensión. De hecho, las máximas que se ofrecen para vivir van en contra de la condición humana y, si el individuo aprende a comportarse de acuerdo a ellas, entonces ocurre que por vivir, no se vivirá, sino que se quedará atrapado en un funcionamiento “lógico” de acuerdo a lo construido socialmente (“el sufrimiento es malo, entonces actúo para quitarme el sufrimiento...”), pero, a la larga, alejado de lo importante y, consecuentemente, con “menos vida y más sufrimiento”.

El conocimiento de este funcionamiento paradójico no es novedoso. Sin embargo, es al hilo de la variadas trayectorias de la investigación en conducta verbal cuando se han empezado a desbrozar los resortes del hecho de ser verbal, y con ello a aportar explicaciones de aquello que nuestros mayores conocían muy bien, y que contempla filosofías de vida fructíferas. Los porqués de este funcionamiento que atrapa a la persona se ubican en las características que compartimos los seres humanos con repertorio verbal/relacional y las reglas de la cultura en la que dichos repertorios se desarrollan. Las investigaciones en este ámbito han permitido la gestación de una teoría funcional del lenguaje y la cognición, que brevemente comentamos.

LA TEORÍA DEL MARCO RELACIONAL (TMR)

Como cualquier teoría, la TMR tiene un marco filosófico, que en este caso es el Contextualismo Funcional, que confluye con el Conductismo Radical de Skinner y el Interconductismo de Kantor. Muy brevemente (véase Dugher y Hayes, 2000; Hayes y Wilson, 1995; Luciano y Hayes, 2001), se conceptúa el análisis psicológico considerando al organismo como un todo siempre en acción donde priman las funciones que controlan el comportamiento. Es una posición *monista, no mentalista, funcional, no reduccionista, e ideográfica*. Defiende que los eventos privados (como contenidos y esquemas cognitivos, cuales fueren) se conforman en la historia individual, y que las relaciones entre eventos privados y acciones del organismo (la regulación verbal del com-

portamiento) responden a *relaciones arbitrarias potenciadas socialmente* y no a relaciones mecánicas. Desde esta filosofía, el criterio de validez de cualquier teoría será que sea efectiva, útil para un objetivo (un énfasis típico en las disciplinas científicas) pero no sólo para predecir, sino para controlar o influir, propiciando las condiciones que permitan la *prevención y el cambio o alteración* del comportamiento.

La Teoría del Marco Relacional es una continuación de las leyes establecidas en la investigación bajo el paraguas del análisis funcional del comportamiento, pero supone un avance cualitativo. Es una teoría dirigida al análisis funcional del lenguaje y la cognición, aspectos que apenas habían sido analizados previamente a nivel experimental en un plano analítico-funcional. En este sentido, no es una ruptura, sino una continuación que amplía el conocimiento disponible sobre la emergencia de nuevos comportamientos, ya que propone leyes que establecen las condiciones para la formación y la alteración de funciones, vía procedimientos indirectos, frente a los conocidos y bien establecidos procedimientos directos del manejo de contingencias para el establecimiento y cambio de funciones reforzantes, aversivas, motivacionales, y discriminativas de aproximación y evitación. La TMR contempla el efecto de las contingencias, pero su foco de análisis es el lenguaje y la cognición concebidos como *aprendizaje relacional*. Se mantiene que el aprendizaje relacional es una respuesta operante que consiste en aprender, desde muy temprano y a través de numerosos ejemplos, a relacionar eventos condicionalmente hasta que se produce la abstracción de la clave contextual que los relaciona y se aplica a eventos nuevos distintos a los que permitieron la abstracción. Esto permite (1) que el organismo responda, sobre la base de la clave abstraída, a un evento en términos de otro con el que no comparte elementos físicos en común, y (2) que las funciones del primero se transformen en base a la aplicación de la clave abstraída en relación con el segundo. Por ejemplo, una vez establecido el más básico de los repertorios relacionales, la abstracción de la clave contextual "es", o "es como", o "es igual que", si nos enseñan que contando cuentos MARIA es igual que PEDRO y nos gusta mucho cómo PEDRO cuenta los cuentos, en ausencia de éste, podríamos pedir a MARIA que nos contase un cuento (o dicho de otra manera, responderemos a María como responderíamos a Pedro). Si además nos dicen que PAULA es "mejor que" María y Pedro, y tuviéramos que elegir a uno de los tres para contar cuen-

tos, probablemente elegiríamos a Paula, aunque no tuviéramos experiencia con ella. Decimos que, en el ámbito de los cuentos, María está en una relación de igualdad (que denominamos Crel) con Pedro, y que ambos están en una relación de comparación (otra Crel) con Paula y, por tanto, las funciones (que denominamos Cfun) de cada uno de ellos se alteran (aunque de modo distinto según la Crel) tras la sola experiencia con Pedro como buen contador de cuentos. Las claves relacionales que aprendemos son numerosas y permiten numerosas transformaciones de funciones teniendo en cuenta que siempre son contextuales. Las más básicas serían las de coordinación/igualdad ("X es como Z en ciertas condiciones"), las de comparación ("en ciertas condiciones, X es más que Z, o Z menos que X"), de oposición ("en ciertas condiciones, X es lo opuesto de Z"), de distinción ("X es distinto a Z"), espaciales ("X está cerca de Z, o lejos"); temporales ("X es antes de Z, o después, o ahora"); de jerarquía ("X pertenece a Z"); de causalidad ("si X ocurre, entonces o luego ocurre Z"); deícticos y de perspectiva (aquí-allí, yo-tú, y aquí-yo *versus* allí-tú; yo-aquí-ahora y yo-allí-antes, etcétera).

Las características del aprendizaje relacional implican derivación de relaciones y funciones nuevas. Por ejemplo, si se aprende que el producto PU es como CO, y que RA es como CO, y que DI es como PU (tres relaciones básicas explícitamente aprendidas), entonces se deriva que CO y PU son iguales (CO-PU), y también CO-RA, y PU-DI (se denominan relaciones derivadas de vínculo mutuo), surgiendo otras relaciones de vínculo combinatorio: por ejemplo, PU-RA y DI-RA y DI-CO. Si además, resulta que con el producto PU se produce un efecto aversivo (en vez de curar una enfermedad, la agudiza), entonces ninguno de los productos relacionados a PU se verían útiles para tratar esa enfermedad. Las funciones aversivas y discriminativas de evitación de esos productos, para ese tipo de circunstancias, se habrían generado vía verbal o relacional en tanto que procederían de: la función aversiva (Cfun) directamente adquirida por PU y el contexto relacional que vincula todos los elementos (en este caso, una Crel de tipo ES). Responder a un estímulo en términos de otro, y la transformación de funciones paralela, es clave para entender el sufrimiento más acuciante de los seres verbales. Por ejemplo, aprendidos los marcos de comparación, los temporales, y deícticos, ya no es posible escapar a la transformación de funciones que ocurre al comparar los eventos -y uno mismo- en el antes, en el ahora y en el futuro simbólico. El miedo al futuro, por ejemplo, es un producto derivado de

la historia personal cuya emergencia en un momento dado no está bajo control del individuo; lo que sí es posible controlar es la reacción personal a ese miedo.

Estas características del aprendizaje relacional tienen ventajas e inconvenientes. Por ejemplo, permiten la derivación de recuerdos positivos pero también de los negativos; permiten comprender, razonar, y derivar conclusiones que nos hacen ser exitosos en el control del ambiente, pero también aquellas que regulan acciones con efectos peligrosos y desadaptativos. También explican que se deriven estados de ánimo -y motivaciones- y que cambien "sin aparente razón", que podamos pensar en positivo de alguien o algo, o cambiar la valoración de alguien o algo, sin haber tenido experiencia alguna que lo justifique. El aprendizaje relacional es la base que nutre la publicidad, la política, los métodos clínicos, y otras muchas actividades humanas que están orientadas a actualizar y alterar funciones psicológicas vía verbal. Y es esencialmente relevante por su economía, ya que con escasas contingencias se producen nuevas relaciones y se forman y alteran funciones. Y principalmente, porque sin un relativo aprendizaje relacional, no es factible la regulación verbal del comportamiento (formular, comprender y seguir reglas).

La TMR diferencia funcionalmente tres tipos de regulación del comportamiento: *pliance*, *tracking* y *augmenting*. La regulación, o comportamiento, tipo *pliance* está controlada por una historia de reforzamiento en la que las consecuencias relevantes son mediadas por otros. Un repertorio generalizado de regulación *pliance* es limitante en tanto que genera una dependencia extrema de los otros y produce insensibilidad a las consecuencias que emanan de las acciones. La regulación tipo *tracking* está controlada por una historia de reforzamiento donde han primado las consecuencias que emanan directamente de la forma de la acción efectuada (por ejemplo, cepillarse los dientes bajo el control del sabor o el efecto que produce el cepillo sobre los dientes en vez de por los premios o castigos que otros propicien). Un repertorio de *tracking* generalizado, o aplicado a áreas en las que no puede funcionar, es problemático (por ejemplo, actuar siguiendo las reglas "no quiero estar triste" o "no pienses en estar triste"). El comportamiento tipo *augmenting* sería regulación bajo el control de funciones transformadas de estímulo. Por ejemplo, si la conducta de estudiar se incrementa después de situar el estudio en un marco temporal y de condicionalidad con aspectos valorados ("el título es -significa, me permite- ser independiente o ejercer una profesión que sirva para X", y "el título es estudiar hoy y

cada una de las asignaturas"), decimos que esa conducta es un *augmenting* que ocurre porque estudiar ha adquirido funciones reforzantes vía verbal. La regulación *augmenting* puede tener numerosas posibilidades; unas que permiten a la persona ajustarse a la vida realizando acciones por el valor moral y/o de transcendencia (actuar a pesar del dolor, o actuar por principios morales que van más allá de las contingencias que los cercanos puedan proporcionar, etc.). Pero también puede resultar en una regulación problemática en tanto que la acción tenga una consecuencia reforzante inmediata pero genere un desajuste respecto de las contingencias de la vida a la larga. Por ejemplo, si la tristeza se sitúa en un marco de oposición con la vida ("la tristeza y los pensamientos negativos son malos, con ellos no se puede vivir"), y ocurre que en ciertas circunstancias, se deriva malestar y pensamientos negativos; entonces, la tristeza y el malestar de sus pensamientos se intensificarán y podrá cumplir funciones discriminativas de evitación. Tal intensificación vendría dada al situar el malestar/pensamientos negativos en contraposición temporal a las acciones valiosas (con función simbólica positiva), ya que la transformación de funciones a través del marco de oposición convierte lo positivo en negativo y -como un efecto sumador- incrementa el valor negativo que ya pudiere tener la tristeza. Consecuentemente, en ausencia de un nuevo marco que contextualizase todos esos elementos, la persona emprenderá acciones para evitar/escapar de tal estado de ánimo. Ésta es la regulación que define el patrón de evitación experiencial cuya persistencia puede llegar a ser destructiva si produce una limitación en la vida personal, pudiendo llegar a la evitación total: el suicidio.

En síntesis. La investigación en la TMR afecta a la mayoría de las actividades humanas y necesariamente concierne a la psicopatología y las terapias psicológicas (véase especialmente Hayes et al., 2001. También, Barnes-Holmes, Barnes-Holmes, McHugh y Hayes, 2004; Hayes et al., 1999; Luciano, Rodríguez y Gutiérrez, 2004; Wilson, Hayes, Gregg y Zettle, 2001; Wilson y Luciano, 2002).² Resaltamos: (1) establecimiento de numerosos marcos contextuales o relaciones entre estímulos como *operantes generalizadas* y sus características derivadas; (2) derivación de relaciones (por vínculos mutuos y combinatorios) y transformación de funciones -o sea, formación y alteración vía verbal de funciones aversivas, reforzantes y discriminativas; (3) el funcionamiento por adición de la red relacional y los efectos rebote ante cambios directos; (4) la resurgencia de los eventos rela-

cionados; (5) el establecimiento y alteración de regulaciones del comportamiento tipo *pliance*, *tracking* y *augmenting* y la insensibilidad a contingencias; (7) y el análisis de múltiples relaciones contextualizadas entre estímulos, y la correspondiente derivación o transformación de funciones. Todo ello permite un amplio abanico de aplicaciones para el análisis de numerosos fenómenos complejos. Por ejemplo, la comprensión, el razonamiento analógico, la solución de problemas, auto-eficacia, locus de control, abstracción del pensamiento, categorización social, auto-concepto, actitudes, estereotipos y estigmas, discriminación de funciones emotivas y del estado de ánimo, pensamiento, entre otros. En síntesis, la investigación básica y aplicada sobre la Teoría del Marco Relacional es muy extensa y va mucho más allá de sus implicaciones en el ámbito clínico.

LA CULTURA, EL LENGUAJE Y LA EVITACIÓN EXPERIENCIAL DESTRUCTIVA

Ya se ha apuntado que producto de los avances de la ciencia y la tecnología, los poderes económico-políticos ofrecen un tipo de vida donde parece que no caben el malestar y el dolor. El significado del bienestar es disfrutar de inmediato, cuanto más mejor, sin dificultades ni contratiempos, sin que, paralelamente –y éste es el gran problema- se generen las condiciones para una actuación con la responsabilidad de objetivos a largo plazo y que trascienden a uno mismo. En resumen, priman lo más básico e individual y se demoniza el dolor como algo ANORMAL –por contra, natural en el ser verbal-. Hemos indicado que el ser humano no puede escapar a su condición verbal, y eso significa que, al igual que podemos recordar situaciones pasadas –o imaginarnos situaciones futuras- que vengan cargadas de emociones positivas, también ocurre que sin que se desee, recordamos o imaginamos situaciones que producen malestar. Ser verbal implica establecer comparaciones, vernos y ver las cosas lejos o cerca, situar los eventos en el antes, en el ahora y en el después, implica dar explicaciones y regularnos por ellas. Implica que podamos vernos como un todo psicológico pero a la par distanciarnos de nuestros eventos cognitivos sin caer en la literalidad de sus contenidos, implica poder construir direcciones de valor para nuestra vida, etcétera. En suma, el auto-conocimiento es la posibilidad de aprender a ser consciente de todo esto y, a veces, la regulación que resulta no es necesariamente ajustada a las consecuencias reforzantes que nos mantienen. Por ejemplo, podemos aprender a

quedar atrapados por la literalidad de las funciones verbales, a quedar perdidos en ellas y así a no estar presentes y conscientes de todo ello en el aquí y ahora, con lo que nuestros valores demandarían que se hiciera. Quedar atrapado con frecuencia por las funciones verbales de los eventos, significa actuar en trayectorias dispersas y proclives a generar trastornos psicológicos.

Consecuentemente, la verdadera naturaleza de la condición humana es su condición verbal, sin duda, en el marco de la cultura en la que se forma y desarrolla la persona. Así, cuando “SENTIRSE BIEN SIEMPRE” es el objetivo primordial (el elemento clave y central para poder vivir de un modo valioso), y en tanto que las trampas del lenguaje están presentes inevitablemente por derivación (esto es, dadas ciertas claves relevantes según la historia de la persona, tendrán lugar pensamientos, recuerdos y sensaciones con funciones aversivas y positivas), entonces estarán dadas las condiciones para que la persona se comporte con el fin de reducir o cambiar los eventos privados, como un objetivo necesario para poder vivir. *Esta búsqueda persistente de eventos privados positivos, o de control de los negativos, para poder vivir es una trampa fundamental ya que, aunque la derivación de pensamientos y funciones múltiples es inevitable, lo que sí es evitable es comportarse para controlar lo que no se puede controlar.* Consecuentemente, cuando los réditos de esa estrategia son un incremento y extensión del malestar, y una reducción de la capacidad de vivir plenamente; es entonces cuando la persona está en una espiral paradójica. Ese modo de funcionamiento es la *evitación experiencial destructiva*.

El *Trastorno de Evitación Experiencial (TEE)* (Hayes, Wilson, Gifford, Follete y Strosahl, 1996; Luciano y Hayes, 2001) es un patrón inflexible que consiste en que para poder vivir se actúa bajo la necesidad de controlar y/o evitar la presencia de pensamientos, recuerdos, sensaciones y otros eventos privados. Ese patrón inflexible está formado por numerosas respuestas con la misma función: controlar el malestar y los eventos privados así como las circunstancias que los generan. La necesidad permanente de eludir el malestar y la de tener placer inmediato para vivir obligan a la persona a actuar de un modo que, paradójicamente, no le deja vivir. El problema es que tales actuaciones proporcionan un relativo alivio inmediato en ocasiones, pero provocan un efecto *boomerang* (o sea, el malestar vuelve a estar presente, a veces más intenso y extendido, y el alivio es breve). Esto “obliga” a no parar en el intento por hacer desaparecer el malestar, que a su vez,

va a estar cada vez más y más presente por dicho efecto *boomerang*. Al final los días se reducen a hacer cosas para que desaparezca el malestar, y el resultado es un abandono de las acciones en direcciones valiosas.

La *evitación experiencial inflexible* es un componente central en numerosos trastornos de los diferenciados en los sistemas de clasificación al uso. Se ha detectado el TEE en los trastornos afectivos, en ansiedad, en las adicciones, en la anorexia y la bulimia, en los trastornos del control de impulsos, en los síntomas psicóticos, en el estrés postraumático y en el afrontamiento de enfermedades, y en los procesos en los que el dolor juega un papel esencial (Hayes, Masuda, Bissett, Luoma y Guerrero, 2004; Hayes et al., 1996, Luciano y Hayes, 2001). La evitación experiencial es concebida como una *dimensión funcional* que sirve de base a numerosos trastornos y es un modo radicalmente diferente de presentar y entender los trastornos psicológicos o mentales; de entender la psicopatología desde una perspectiva genuinamente psicológica, muy distante de las aproximaciones reduccionistas, en particular, las biologicistas.

Desde la TMR, habría varios contextos verbales definiendo el TEE: el contexto de la Literalidad, el de la Evaluación, el Dar Razones o Explicar, y el contexto del Control (Hayes et al., 1996; Luciano, Rodríguez y Gutiérrez, 2004). El contexto de la Literalidad es un producto ineludible del comportamiento verbal e implica responder a un evento en términos de otro en virtud de las propiedades del repertorio relacional (los vínculos mutuos y combinatorios y la transformación de funciones). El contexto verbal de la Evaluación es la tendencia a evaluar casi todo, y debido a la literalidad, a no distinguir entre las propiedades intrínsecas de un evento ("estoy triste") y sus propiedades arbitrarias establecidas socialmente ("estar triste es malo"). Implica la dificultad para diferenciar las dimensiones del yo, construidas socialmente en el desarrollo, de modo que, sin diferenciar el yo que sirve de contexto a todos los pensamientos, sólo se actúa fusionado a las propiedades verbales de dichos pensamientos. El contexto de Dar Razones viene potenciado por el punto de vista cultural de que el comportamiento se (mal)explica por las emociones y los pensamientos (por ejemplo, "estos pensamientos son terribles y no puedo vivir con ellos, no puedo trabajar, no puedo estar con mis hijos, .. tengo que quitarlos, etc."). Finalmente, el contexto del Control de las Causas es el contexto clave que da sentido a los anteriores en tanto que es actuar siguiendo esas razones paradójicas, por ejemplo, comportarse fusionado a pensamientos molestos, tomados

como causas: "si pudiera quitármelos, estaría bien, sería otra persona y podría hacer muchas cosas". Así, sólo si esas "causas" desaparecen, la persona estaría en disposición de "darse permiso" para actuar en dirección a aspectos valiosos de su vida. Este último contexto es el que cierra el círculo contingencial al proporcionar el potente reforzador de tener razón (al seguir las reglas para poder vivir) que acompaña al alivio inmediato, aunque efímero. Y todo ello a pesar del costo a largo plazo de tales estrategias (más malestar y menos acciones al servicio del reforzamiento positivo). La evitación experiencial generalizada es un modo de funcionamiento inflexible y limitante que adopta numerosas formas. Por ejemplo, nula o escasa regulación básica para conducir la impulsividad y/o la tolerancia al malestar y dominio de la regulación por las propiedades verbales del malestar, sin más, lo que impide la sensibilidad a las contingencias efectivas. También, cuando domina el comportamiento regulado por la transformación de funciones vía marcos de comparación, temporales, de causalidad (por ejemplo, "si fuera yo me criticarían", "lo haré mal", "me equivoqué o ellos se equivocan", "si lo hago, será peor, saldrá mal", "si no lo hubiera hecho, no pasaría esto", etc.). Si la persona se guía directamente por tales funciones transformadas, entonces sería una regulación sin haber aplicado convenientemente los marcos deícticos (que permitirían la discriminación de los eventos privados y su procedencia verbal y, por tanto, apreciando que no son intrínsecamente inhabilitantes). La regulación donde dominan las funciones transformadas de los eventos privados a través de marcos básicos, sin aplicarles, a su vez, los marcos deícticos impedirán la sensibilidad a lo que verdaderamente importa, al no permitir la discriminación de los eventos privados y uno mismo con las direcciones de valor (Luciano y Törneke, 2006).

La regulación de la evitación experiencial que el paciente lleva a consulta, es tratada en las terapias de segunda generación –incluidas las farmacológicas– siguiendo la misma lógica: tratar de reducir directamente el malestar y cualquier otro evento privado con esas características (por ejemplo, cambiar los pensamientos irracionales por racionales, reducir el temor a lo que fuera, la tristeza, el desaliento, los recuerdos y sensaciones de malestar, las voces, subir la autoestima, etc.). Las soluciones diseminadas para este fin coinciden en conceder un *valor causal "mecánico"* al contenido cognitivo y los esquemas, resultando que el foco de actuación va dirigido al cambio directo de tal contenido. La aproximación terapéutica al TEE, centrada en el análisis de los

contextos verbales que sustentan la evitación experiencial destructiva, es radicalmente diferente.

ACT, UNA ALTERNATIVA PARA ALTERAR EL TEE. FUNDAMENTO Y EVIDENCIA

La ACT (Hayes et al., 1999; Wilson y Luciano, 2002; Hayes y Stroschal, 2004) es un giro radical en el foco de la terapia: por un lado, no se trata de cambiar o reducir los pensamientos/sensaciones/recuerdos molestos sino que se trata de alterar su función y de generar flexibilidad en la regulación del comportamiento. Por otro, los métodos clínicos apelan a un cambio de carácter contextual a fin de alterar la función de los eventos privados sin cambiar sus contenidos. ACT busca generar las condiciones para que el paciente aprecie la paradoja de su comportamiento (para lo que es necesario contextualizar el funcionamiento en el ámbito de lo que sea importante para el paciente), y busca potenciar interacciones clínicas que permitan al paciente tomar conciencia plena, abierta, del flujo de los eventos privados –cualesquiera–, de modo que haga, o no, uso de ellos para actuar de modo valioso. Los métodos que se incorporan –algunos tomados de otras terapias– tienen su lógica de funcionamiento en el aprendizaje relacional. Las paradojas, las metáforas y los ejercicios de exposición plena/consciente en el aquí/ahora de uno mismo son esenciales en ACT y la CLAVE es que la dirección que lleva la aplicación de cualesquiera de estos métodos, es la de aceptar los eventos privados porque esa aceptación está al servicio de la actuación impregnada de valores personales.

EVIDENCIA BÁSICA DE ACT

ACT (Hayes et al., 1999) no es una mera terapia sino una terapia con una teoría específica (la Teoría del Marco Relacional) que recoge la filosofía y conocimientos del Análisis Experimental y Aplicado del Comportamiento, amén de los datos provistos desde otros ámbitos de la psicología sobre tipos de afrontamiento y efectos paradójicos (véase resumen en Hayes et al., 1996). A lo indicado en el apartado dedicado a la TMR, añadimos aquí el resumen de las aportaciones básicas en las que se sustenta ACT: (1) existe evidencia sobre el surgimiento de pensamientos, emociones, recuerdos a través de vías derivadas; (2) la derivación contextualizada correlaciona con niveles altos de inteligencia y facilita la formación de comportamiento relacional complejo; (3) detección de los tipos de regulación verbal que son limitantes; (4) evidencia sobre la correlación entre *actuación fusionada* o

actuación literal de evitación experiencial- y numerosos problemas; (5) funcionamiento por adición de las relaciones verbales, de modo que los intentos por cambiar sus contenidos se tornan en efectos rebote; (6) la evidencia de la transformación de *funciones de los contenidos cognitivos con métodos de cambio contextual*, de modo que, aunque las redes relacionales se mantengan intactas ya no sirven para lo mismo ni, a la larga, se viven como antes; (7) los beneficios de la práctica múltiple en aceptar la experiencia privada versus su control, especialmente cuando el malestar es elevado pero está instalado en trayectorias de valor; (8) los tipos de transformación de funciones en los métodos clínicos, por ejemplo, (a) en la práctica de exposición a eventos privados desde el yo-contexto; (b) en el uso de las metáforas y, (c) en los métodos para la clarificación de valores (Barnes-Holmes, Barnes-Holmes et al., 2004; Barnes-Holmes, Cochrane, et al., 2004; Dahl, Wilson, Luciano y Hayes, 2005; Gutiérrez, Luciano, Rodríguez y Fink, 2004; Hayes y Stroschal, 2004; Luciano, Rodríguez y Gutiérrez, 2004; O'Hora y Barnes-Holmes, 2004; Wegner y Zanakos, 1994).

BREVE EXPOSICIÓN DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO

ACT pretende generar un repertorio extenso y flexible de acciones encaminadas a avanzar hacia metas u objetivos inscritos en direcciones personalmente valiosas, y no por la presencia o ausencia de ciertos estados cognitivos y emocionales valorados como negativos (dolor, ansiedad, tristeza, miedo, etc.). Así, se sostendrá, por ejemplo, que “el temor a la muerte”, “el miedo a la recidiva” o “la culpa”, no son en sí mismos síntomas incapacitantes, sino que lo que termina limitando la vida es la actuación fusionada a los significados literales de dichos pensamientos. En estos casos, la persona no sería consciente de los pensamientos y sensaciones como un proceso evaluativo o de razonamiento en marcha; o sea, no estaría apreciando que son sólo pensamientos y sensaciones, y que detrás de todos ellos está una persona, o esa parte de la dimensión psicológica del yo, que los contiene y desde la que se puede observar cualquier contenido cognitivo y apreciar lo que finalmente resulta importante para uno. Dicho de otro modo, “detrás” de todo el malestar y de todos los pensamientos, está el contexto que proporciona perspectiva y desde el cual podemos darnos cuenta de la parte de uno que resulta finalmente ser como el “jefe de todos esos productos

cognitivos, que tan fácilmente atrapan por la literalidad de las funciones verbales". Estar fusionado a los contenidos cognitivos es actuar sin la perspectiva que permite ser consciente de todos ellos y, por tanto, sin situarse en la posición desde la cual se puede elegir hacerles caso según convenga a la trayectoria personal de valor. Sin esa perspectiva –dada por los marcos deícticos– la persona no se distingue del contenido y proceso de pensar y sentir, y actúa fusionado al pensamiento, a las valoraciones positivas/negativas sin más.

En definitiva, la ACT: (a) es un tratamiento centrado en las acciones valiosas para uno; (b) contempla el malestar/sufrimiento como normal, producto de la condición humana en tanto que seres verbales; (c) define que se aprende a resistir el sufrimiento normal y esa resistencia genera el sufrimiento patológico; (d) promueve el análisis funcional de los comportamientos del paciente y, por tanto, se basa en *la experiencia del paciente como la clave del tratamiento*. El mensaje es "¿qué te dice tu experiencia al hacer eso?, ¿qué obtienes, de verdadera importancia?, ¿qué estarías haciendo cada día si pudieras dedicarte a otra cosa que no fuera tratar de quitarte el sufrimiento?"; (e) tiene por objetivo flexibilizar la reacción al malestar porque la experiencia del paciente le dice que resistir los eventos privados limita la vida, que centrarse en ellos es perder la dirección. El objetivo primordial de ACT es, pues, romper la rigidez del patrón de evitación destructivo o la excesiva o desadaptativa regulación por procesos verbales que la cultura amplifica al potenciar sentirse bien de inmediato y evitar el dolor como fundamental para vivir; (f) implica clarificar valores para actuar en la dirección valiosa, aceptando con plena conciencia los eventos privados que surjan, y practicar la aceptación cuanto antes y tantas veces como sea posible; y (g) implica aprender a "caer y a levantarse", o sea, a elegir nuevamente actuar hacia valores con los eventos privados que sobrevengan por la recaída.

Los *métodos clínicos* de ACT proceden, en parte, de otras terapias (véase, Hayes et al., 2004; Paéz, Gutiérrez, Valdivia y Luciano, 2006; Pérez-Alvárez, 2001) y, en parte, se generan por la investigación y por el ajuste a las necesidades del paciente en cada momento con un fin claro. Esto significa que la clave no está en las técnicas/métodos *per se*, sino en su fin claramente especificado: *generar flexibilidad de actuación donde había rigidez problemática, o sea dejar que surjan los pensamientos, emociones, etc., y tomar la dirección de la aceptación –y no del control– de los mismos en el marco*

del compromiso personal del paciente con lo que valora. Los métodos clínicos de ACT se valen de modalidades verbales inherentemente poco literales: las metáforas han de ser analogías del problema –cualesquiera que sean apropiadas en tanto que alcancen funcionalmente al patrón de evitación; las paradojas muestran las trampas verbales, y los ejercicios experienciales son la práctica de la exposición a los eventos privados –cuanto más específicos al caso mejor– que generan malestar in situ en toda su extensión tal y como surgen en cada momento, desde la perspectiva del yo como contexto de todos ellos, y necesariamente en el aquí y ahora. Por ejemplo, la metáfora del "hombre en el hoyo con una pala" muestra no sólo que cavando no se sale del hoyo, sino que al cavar los hoyos se hacen más grandes. Esto es equivalente al patrón de regulación que el paciente sigue al, por ejemplo, intentar acabar con los sentimientos de culpa, buscando respuestas que supriman tales pensamientos, lo que puede parecer correcto aunque finalmente la persona tenga la experiencia de que tales sentimientos se han extendido (el hoyo se hace más grande al cavar), y se han reducido las acciones –ya que sólo ha cavado de las que se podría derivar algún reforzamiento positivo. Esta variedad de estilos discursivos busca evitar las trampas del lenguaje y favorecer un contexto verbal donde se cuestiona el valor de la racionalidad en ciertas áreas, validando, en su lugar, la "verdad" de la experiencia vivida por el cliente, y eliminando de modo explícito cualquier intento por situar la verdad según la lógica o los valores del terapeuta. Por tanto, no habrá demandas del terapeuta sobre qué hacer, ni discusión sobre lo mejor o lo peor, ni sobre lo racional, o no, de los pensamientos y sensaciones, sino que la experiencia del paciente (los réditos obtenidos siguiendo la estrategia de evitación), será la base sobre la cual se introducirán preguntas, metáforas, y ejercicios para la clarificación de valores, y, en ese contexto, se generarán numerosas oportunidades para que el paciente se exponga desde el yo-contexto –en cada momento aquí y ahora– a las barreras: pensamientos, recuerdos, malestar, etc.

Los *componentes* de ACT se han presentado con ligeras variaciones en sucesivas versiones (Hayes et al., 1999; Wilson y Luciano, 2002), resaltando la más reciente como guía práctica en su aplicación a diferentes problemas de Hayes y Strosahl (2004) y específica al dolor (Dahl et al., 2005). En estas últimas aportaciones, el análisis funcional del problema del paciente y los objetivos en ACT para darle solución, delimitan seis aspectos

centrales que definen la inflexibilidad psicológica y su alteración (o la ruptura de la rigidez conductual del trastorno de evitación experiencial). Estos seis aspectos se dibujan como si fueran los seis vértices de un hexágono, todos interconectados. En un lado, los niveles tanto de aceptación de eventos privados como de de-fusión cognitiva. En el otro, el nivel en la clarificación de valores personales y el nivel de las acciones en esa dirección; en el vértice superior se sitúa, el nivel de contacto en el momento presente ("estar presente aquí y ahora") haciendo lo que importa, y en el vértice inferior, la dimensión del yo como contexto de todos los contenidos cognitivos. El análisis funcional indicará las características del patrón de inflexibilidad de la evitación experiencial, y las actuaciones clínicas se orientarán a potenciar aquellos aspectos más endebles en aras a facilitar la flexibilidad con los eventos privados mientras uno orienta su vida hacia lo que verdaderamente importe. Las actuaciones irán dirigidas tanto a, (1) la clarificación de valores y el compromiso con la acción en la trayectoria elegida, que conlleva la aceptación o *el estar dispuesto* a experimentar sin resistir los eventos cognitivos que surjan en ese camino y, necesariamente (2) *practicar de-fusión*, o discriminar y tomar conciencia de los pensamientos y sensaciones o recuerdos que sobrevienen, en el aquí y ahora, desde *el yo como contexto* al actuar con responsabilidad en la dirección elegida. Huelga señalar que el terapeuta ACT habrá de ajustar los distintos componentes de la terapia a los tipos de regulación ineficaz que se observen en el análisis funcional y, necesariamente, habrá de ajustar las metáforas -y el contenido de la exposición- a cada paciente.

Teniendo en mente la dirección primordial al servicio de la cual están todas las actuaciones en ACT, el *modus operandi* no sigue un orden estricto ni un protocolo formalmente cerrado por sesión. El estilo clínico es flexible y cualesquiera actividades están sujetas a atender las conductas en sesión para generar flexibilidad en la reacción a los eventos privados (aunando en parte la Psicoterapia Analítica Funcional y ACT en la línea indicada en Luciano (1999) y Wilson y Luciano (2002). ACT se presenta en diferentes fases con actuaciones dirigidas al *establecimiento y mantenimiento de un contexto para la Relación Terapéutica*. En este sentido, el terapeuta ACT dirá al paciente con palabras y actos que lo importante en la sesión será él y su experiencia al tratar de resolver su vida; tratará de minimizar la función del terapeuta como alguien que le diga el tipo de vida que ha de llevar, o lo que debe sentir o

pensar; creará las condiciones para que el paciente experimente el resultado de su estrategia, inhabilitando –por los resultados que produce- el hecho de ajustarse a las razones que sistemáticamente "justifican" o envuelven las estrategias ineficaces; tratará de resaltar la capacidad del paciente para elegir la trayectoria valiosa y afrontar el malestar; mostrará que la incomodidad psicológica es una señal conectada a sus valores. El terapeuta ACT presentará –y pedirá al cliente- metáforas o ejemplos, mostrará paradojas y realizará tantos ejercicios como sea preciso para tratar de normalizar el malestar que surja en sesión, aceptando pensamientos, sentimientos y recuerdos difíciles o contradictorios, etc., sin hacer movimiento alguno para liberar al paciente del contacto con tales experiencias privadas en tanto que hacerlo esté en dirección valiosa. Y fomentará, en tantas oportunidades como ocurran y se provoquen en sesión, la discriminación del contexto del yo y de los contenidos cognitivos que le surjan para generar el espacio psicológico necesario que permita al paciente elegir la acción valiosa aún en presencia de las emociones, pensamientos o recuerdos que previamente controlaban su acción.

Realizado el análisis del problema, la primera fase es generar las condiciones para producir la experiencia de la *Desesperanza Creativa* (experiencia que se repetirá en numerosos momentos a lo largo de la terapia). Son actuaciones dirigidas a generar las condiciones para que el paciente experimente lo que quiere, lo que hace para conseguirlo y los resultados obtenidos a la corta y a la larga. Es una experiencia amarga en tanto que sitúa al paciente en contacto con la paradoja de intentar controlar los eventos privados para eliminarlos o evitarlos, y así poder vivir, y, sin embargo, comprobar que es una estrategia que no ha funcionado (produce algún rédito inmediato pero finalmente produce insatisfacción por el costo en la vida personal) y que no puede funcionar salvo que esté dispuesto a un costo elevado en las facetas personales. Desde aquí, se hacen precisas las actuaciones clínicas dirigidas a apreciar que *la estrategia de control de los eventos privados para vivir, es el problema* y no los eventos privados en sí, y que una alternativa es la aceptación de tales eventos. El paciente aprende por metáforas, paradojas y ejercicios experienciales que "si no quieres ciertos pensamientos o sensaciones, los tienes y, además, se extienden a más facetas personales"; en suma, aprenderá la acción de estar dispuesto totalmente, sin más, a tener contenido privado difícil o no querido.

Las actuaciones dirigidas a *la clarificación de valores*

son la base en ACT (véase revisión en Páez et al., 2006) y, por tanto, están presentes de algún modo desde el inicio de la terapia ya que sin ese contexto de valor no habría sufrimiento, ni problema alguno que resolver, ni sería posible la experiencia de la desesperanza creativa. La clarificación formal de las direcciones de valor supone la introducción de diferentes metáforas y ejercicios (p.e., el funeral, el epitafio o el jardín) que permiten al paciente discernir qué quiere para su vida y los porqués de sus elecciones en términos de valores como guías de la vida, diferenciando las trayectorias valiosas, los objetivos y sus acciones en esas trayectorias, y las barreras privadas que se interponen. Esta clarificación gira en torno a detectar las áreas de la vida que puedan ser importantes para la persona (p.e., la faceta familiar, la laboral, la social, y otras). Cabe señalar que las áreas no son valores, sino que éstos son los reforzadores construidos socialmente en la vida personal por los que una persona sigue una trayectoria u otra, y perpetúa, así, un tipo u otro de regulación verbal de las apuntadas en apartados previos. El proceso de clarificación de valores es central y continuo y será, en unos casos, más exhaustivo que en otros. Trata, en síntesis, de situar al paciente al cargo de las acciones, permitiéndole la discriminación de sus acciones como actos elegidos en cada momento y siempre en una dirección, y estando dispuesto a tener los eventos privados que ello conlleve.

Finalmente, la aceptación y, por tanto, la actuación en dirección valiosa –dándose permiso a tener los eventos privados– no es posible sin un *nivel* (necesariamente práctico) de *distanciamiento* de los eventos privados, lo que significa la práctica de observación de los mismos *in situ* y tal cual se deriven. El paciente, pues, aprenderá a ejercitarse en *desliteralizar* los contenidos privados y aprenderá a *tomar perspectiva de los mismos*, diferenciando, el acto de tener un pensamiento, del pensamiento que se tiene y de la persona (él mismo) que se está dando cuenta de ello. Por un lado, la *desliteralización* tiene como objetivo minimizar el valor de las palabras, reducir la fijación entre palabras y función, situándolas en lo que son y, por tanto, dismantelando su poder funcional. Se trata de alterar los contextos de la literalidad, la evaluación, y el gran poder de las razones que justifican actuar en tanto el cliente aprenderá a darse cuenta –en el momento que ocurra– de si está fusionado, pillado por un pensamiento, por un recuerdo; si “está comprando tales cogniciones” al actuar por la literalidad que contienen. Los componentes dirigidos a establecer la dife-

renciación entre las *dimensiones del yo*, implican experimentar el distanciamiento de los propios eventos privados desde un contexto seguro, único, intransferible y permanente (el yo como contexto de todos los contenidos privados y el proceso de tenerlos). Esta experiencia de distanciamiento psicológico sólo es viable desde la plena conciencia de lo que surge como ser verbal en cada momento, en el aquí-ahora por lo que, a la par que metáforas, se requiere practicar con múltiples ejercicios para tomar conciencia del proceso o el hecho de, por ejemplo, “estar teniendo el pensamiento de ser culpable y de su valoración negativa”, o “estar teniendo el pensamiento de que me va a salir mal y tener mucho miedo”, “estar notando palpitaciones”, “estar notando la rabia al pensar en x”. Es la experiencia de darse cuenta de que se tiene un pensamiento con la conciencia de que “uno es mucho más que eso, que uno es suficientemente grande para tener todos los contenidos cognitivos”. Las metáforas y los ejercicios de distanciamiento y desliteralización implican transformación de las funciones de los eventos privados a través de diferentes marcos, esencialmente, los deícticos. Situar los eventos privados en tales marcos permite observar cualquier contenido privado desde el yo-contexto, estar presente con cualquier contenido, detectar “estar pillado por los pensamientos o sensaciones” y practicar la contemplación de esos eventos privados, volviendo a lo que demandan las direcciones de valor en cada momento, tantas veces como uno haya “comprado” los pensamientos. Se aprenderá, en suma, a poder tener los eventos privados mientras también se observa lo que se quiere y, consecuentemente, a *elegir responder a dichos eventos privados, no por su función literal sino teniéndolos plenamente mientras se actúa en dirección valiosa*.

Para concluir, señalamos que trabajar con ACT es usar todos los componentes en mayor o menor grado, habiéndose observado que, aunque en algunos casos sólo es preciso un mínimo de clarificación de las direcciones de valor y una dosis muy reducida de práctica en la aceptación con ejercicios de de-fusión (desliteralizar y fundamentalmente distanciarse de los eventos privados molestos), para producir movimientos relevantes que se mantienen, en la mayoría de los casos, la actuación clínica requiere práctica sistemática en todos los frentes. Es un error tanto la clarificación sin alguna práctica en de-fusión, como hacer de-fusión sin haber clarificado *algo* las direcciones de valor en cuyo contexto tiene sentido aceptar o darse permiso para tal práctica de de-fusión. Cabe resaltar, una vez más, la importancia del aprendizaje a

través de una multiplicidad de ocasiones que aquí significa practicar, una y otra vez, la aceptación o el estar abierto a tener los eventos privados al exponerse abiertamente a ellos desde la perspectiva del yo contexto, mientras se actúa en la dirección valiosa (Hayes et al., 2004, Luciano, 2001; Wilson y Luciano, 2002).

Evidencia Clínica. Esta terapia ha sido efectiva en numerosos estudios de caso. En los ensayos clínicos controlados (comparando ACT con tratamientos cognitivos empíricamente validados, condiciones placebo, o lista de espera) (véanse revisiones en Hayes, 2004 y Hayes et al., 2004, Hayes y Strosahl, 2004)², ACT se ha mostrado mejor (especialmente en los casos crónicos) o igualmente eficaz al finalizar los tratamientos, pero las diferencias son sustanciales en los periodos de seguimiento (ensayos controlados en la depresión, manejo del estrés laboral, sintomatología psicótica, patrones obsesivos-compulsivos, ansiedad y fobia social, consumo de drogas y tabaco, esclerosis múltiple, psico-oncología, tricotilomanía, miedos y preocupaciones, diabetes, episodios epilépticos, dolor crónico, actos auto-lesivos, en intervención con padres de niños con limitaciones, con profesionales). Ha resultado eficaz para evitar cronicidad y alterar de forma notable el curso de secuelas y síntomas variados, habiéndose aplicado en formato breve y amplio; en formato individual y grupal, además de aplicado por diferentes personas y en numerosos países. La investigación en medidas de la evitación experiencial (cuestionario AAQ de Hayes et al., 1999), la fusión cognitiva (Baer, 2005), y los valores (Blackledge y Ciarrochi, 2006; Wilson y Groom, 2002), requiere más estudios a lo que cabe añadir las posibilidades que está abriendo el rápido desarrollo del IRAP (Implicit Relational Assessment Procedure) -procedimiento basado en la TMR- para la medida de relaciones implícitas (Barnes-Holmes, Barnes-Holmes, Power, Hayden, Milne y Stewart, 2006).

Sin embargo, el análisis de los componentes y, principalmente, de los procesos verbales de cambio implicados en los distintos métodos, es un trabajo iniciado hace años pero insuficiente (Barnes-Holmes et al., 2004; Luciano, Rodríguez y Gutiérrez, 2004). A pesar de estas limitaciones, se replica un efecto de modo sistemático, tanto en investigación básica (Hayes et al., 1999; Gutiérrez, Luciano, Rodríguez y Fink, 2004) co-

mo en estudios controlados (véase revisión en Hayes et al., 2004), y es la consistencia en la ruptura o desconexión entre eventos privados y acciones valiosas, lo que significa un cambio funcional de los primeros sin que reduzcan su frecuencia o, necesariamente, su impacto emocional al menos a corto plazo.

En consecuencia, el balance es optimista pero considerado con la cautela y parsimonia de un proyecto científico que plantea una terapia conectada a una teoría del lenguaje y la cognición. Una conexión que puede ser considerada como el eslabón perdido entre los estudios de laboratorio del análisis experimental de la conducta, en los años 60 a 80, y el *análisis funcional de la cognición*, con sus implicaciones clínicas, sociales y educativas. Representa la visión conductista radical de los eventos privados enriquecida sobremanera con la investigación en aprendizaje relacional. En suma es un proyecto ambicioso de investigación básico-aplicada que mejorará la terapia y que permitirá un conocimiento de la condición humana más acertado para prevenir y resolver problemas.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al Dr. Antonio Capafons, los comentarios efectuados sobre el primer borrador de este trabajo, ya que con ellos hemos podido mejorar el contenido y su extensión.

REFERENCIAS

- Baer, R.A. (2005). *Kentucky inventory of mindfulness skills (KIMS)*.³
- Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., McHugh, L., y Hayes, S.C. (2004). Relational frame theory: Some implications for understanding and treating human psychopathology. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 355-375.
- Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., Power, P., Hayden, E., Milne, R. y Stewart, I. (2006). Do you really know what you believe? Developing the implicit relational assessment procedure (IRAP) as a direct measure of implicit belief. *Irish Psychologist*, 32, 169-177.
- Barnes-Holmes, D., Cochrane, A., Barnes-Holmes, Y., Stewart, I., & McHugh, L. (2004). Psychological acceptance: Experimental analysis and theoretical interpretations. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 517-531

² Se omite un listado de referencias específicas pero puede solicitarse a la primera autora.

³ Disponible en Department of Psychology (R. A. Baer), University of Kentucky, EE.UU).

- Blackledge, J.T., y Ciarrochi, J. (2006). *Personal values questionnaire*⁴.
- Dahl, J.A., Wilson, K.G., Luciano, M.C., y Hayes S.C. (2005). *Acceptance and commitment therapy for chronic pain*. Reno: Context Press.
- Dougher, M.J. y Hayes, S.C. (2000). Clinical behaviour analysis. En M.J. Dougher (Ed.), *Clinical behavior analysis* (pp.11-26). Reno, NV. Context Press.
- Gutiérrez, O., Luciano, M.C., Rodríguez, M., & Fink, B. (2004). Comparison between an acceptance-based and a cognitive-control-based protocol for coping with pain. *Behavior Therapy*, 35, 767-783.
- Hayes, S.C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S.C., Barnes-Holmes, D., y Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post-skinnerian account of human language and cognition*. Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hayes, S.C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J. & Guerrero, L.F. (2004). BDT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies?. *Behavior Therapy*, 35, 35-54.
- Hayes, S.C., y Strosahl, K.D. (2004). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer-Verlag.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., y Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. Nueva York: The Guilford Press.
- Hayes, S.C., y Wilson, K.G. (1995). The role of cognition in complex human behavior: A contextualistic perspective. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 241-248.
- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follette, V.M., y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavior disorder: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Jacobson, N.S., Christensen, A., Prince, S.E., Cordova, I., y Eldridge, K. (2000). Integrative behavioural couple therapy: An acceptance-based, promising new treatment for couple discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 351-355.
- Kohlenberg, R.J., y Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy*. Nueva York: Plenum Press.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford.
- Luciano, M.C. (1999). La psicoterapia analítico funcional (FAP) y la terapia de aceptación y compromiso (ACT). *Análisis y Modificación de Conducta*, 25, 497-584.
- Luciano, M. C. (2001). Sobre el trastorno de evitación experiencial (TEE) y la terapia de aceptación y compromiso (ACT). En C. Luciano (Ed.), *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Libro de casos* (pp. 3-18). Valencia: Promolibro.
- Luciano, M.C., y Hayes, S. C. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 109-157.
- Luciano, M.C., Rodríguez, M., y Gutiérrez, O. (2004). A proposal for synthesizing verbal contexts in experiential avoidance disorder and acceptance and commitment therapy. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 377-394.
- Luciano, M.C., y Törneke, N. (2006). *Experimental basis of ACT clinical methods from and RFT perspective*. Workshop II International Institute of RFT-ACT. Londres.
- O'Hara, D., y Barnes-Holmes, D. (2004). Instructional control: Developing a relational frame analysis. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 2, 263-284.
- Páez, M., Gutiérrez, O., Valdivia, S., y Luciano, M. C. (2006). La importancia de los valores en el contexto de la terapia psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6, 1-20.
- Pérez-Alvárez, M. (2001). Afinidades de las nuevas terapias. *International Journal of Health and Clinical Psychology*, 1, 15-23.
- Szazs, T. (1960). The myth of mental illness. *American Psychologist*, 15, 113-118.
- Seagal, Z. V., Williams, J. M., y Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression. A new approach to preventing relapse*. Nueva York: Guilford.
- Wegner, D.M., y Zanakos, S.I. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality*, 62, 615-640.
- Wilson, K.G., y Groom, J. (2002)⁵. The valued living questionnaire.
- Wilson, K. G., Hayes, S. C., Gregg, J., y Zettle, R. (2001). Psychopathology and Psychotherapy. En S.C. Hayes, D., Barnes-Holmes, y B. Roche (Eds), *Relational frame theory* (pp. 211-238). Nueva Yor: Kluwer Academia.
- Wilson, K.G., y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso. Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

⁴ Disponible en Department of Psychology (J. T. Blackledge), University of Wollongong, New South Wales, Australia.

⁵ Disponible en Department of Psychology (K. G. Wilson), University of Mississippi, Mississippi, EE.UU.

El sufrimiento humano

1

«Los animales son felices mientras tengan salud y suficiente comida. Los seres humanos, piensa uno, deberían serlo, pero en el mundo moderno no lo son, al menos en la gran mayoría de los casos.»

Bertrand Russell

«El amor conlleva sufrimiento porque lo puedes perder, pero negarse al amor para evitar el sufrimiento no lo soluciona, ya que se sufre por no tenerlo. Entonces, si la felicidad es el amor, y el amor es sufrimiento, entonces, digo, la felicidad es también sufrimiento. Los dos lados del amor...»

Sonia, en *Amor y muerte*, de Woody Allen

La experiencia del sufrimiento ha sido históricamente aceptada como parte intrínseca de la vida en múltiples ámbitos del saber humano. Desde las diferentes tradiciones religiosas (monoteístas o no), los escritos de los grandes maestros de la literatura y los de antropólogos, médicos y filósofos hasta las obras de pintores y escultores, el sufrimiento humano ha estado siempre presente como motivo de análisis, serena contemplación o crispado repudio, prueba de fortalecimiento o motivo de desesperación.

El sufrimiento, en el sentido de *volver sobre las penalidades de la vida tal como uno las vive y lo poner en el presente un sufrimiento futuro*, es una experiencia reservada a los seres humanos verbales como especie que, a través del análisis y la reflexión, ha conseguido desde hace siglos llegar a manipular las condiciones inmediatas ambientales y biológicas con un alto grado de precisión, pero

que a la vez está mostrando desde finales del último siglo una repercusión de efectos psicológicos insospechados.

Se acepta de forma genérica que aquello que los humanos hacen para cambiar su entorno produce cambios positivos o negativos dependiendo del cristal que se utilice para mirarlos (la ambivalencia del progreso, tan criticado como demandado). Lo paradójico, e interesante para el propósito de este libro, es que de un modo paralelo al desarrollo del progreso humano material el sufrimiento humano, en lugar de ir cediendo terreno en intensidad y variedades, ha ido incrementándose y extendiéndose hacia posibilidades nuevas poco sospechadas hace sólo unas décadas. Igualmente curioso es que este aumento y diversificación del sufrimiento humano haya corrido paralelo, en buena parte, al rechazo del dolor y de la incomodidad como si no fueran fenómenos naturales que devie-

nen del simple hecho de ser humanos. O lo que es igual, la humanidad parece comprometida en un afán por superar lo natural y evadirse de cualquier inconveniencia de la vida, buscando un grado de bienestar que siglos atrás sólo se hubiera concebido como digno de dioses o ángeles. El ser humano, aspirando a no sufrir nunca ni por nada, ha terminado propiciando sufrir más y por más cosas.

La cuestión es dónde reside el poder que permite, por un lado, la exitosa adaptación a las condiciones más adversas del medio natural a través del control y la manipulación de su impacto sobre nuestro organismo y que, por otro lado, nos expone al sufrimiento por nuevas razones cuando las penalidades de la vida (las razones clásicas del sufrimiento), como tales, son muchas menos. La paradoja, decíamos, es vivir en un mundo más cómodo (en el mundo desarrollado), más seguro, más preciso, muchísimo menos doloroso, y encontrarnos abrumados por el sufrimiento generado, precisamente, por ese mundo diseñado para buscar la felicidad evitando el sufrimiento. Decía Russell que los animales son felices en tanto cubren sus necesidades básicas; los humanos, sin embargo, pueden no ser felices aun cuando las tengan cubiertas. El mismo autor señalaba que aun aburiéndonos menos que nuestros antepasados tenemos más miedo de aburrirnos. Miedo al que podría añadirse un considerable número de otros miedos igualmente «psicológicos», como el miedo a no tener éxito, el miedo a estar solo, el miedo a no saber qué hacer, etc.

La cuestión probablemente esté en que se ha psicologizado tanto la vida y se ha hecho tan extraordinariamente compleja que no es extraño que la demanda de ayuda por malestares subclínicos y problemas de la vida cotidiana se haya incrementado sobremanera; a la vez que se hayan multiplicado los servicios ofrecidos (por ejemplo,

Marinoff, 1999). Acudir al psicólogo o al psiquiatra, o «tener un terapeuta», se ha convertido en los países desarrollados en algo casi tan «normal» como lo es tener un peluquero, un médico o un abogado¹. El malestar subclínico es evidente bajo formas de demanda de ayuda profesional por problemas de relación de pareja, de relaciones laborales, académicos, de relaciones interpersonales, de comunicación con los hijos, o en forma de demandas de los padres por problemas en la infancia, todo lo que se suma a la amplia gama de trastornos clínicos hoy presentes y cuyas tasas de incidencia se han disparado (Stroshal et al., 1998; Kessler et al., 1994; Hayes et al., 1999; Vallejo, 1998), de modo que el malestar o sufrimiento humano es cada vez más ubicuo (Wilson, Hayes, Gregg y Zettle, 2001)².

El lenguaje, nuestro bien máspreciado, ha sido señalado desde antiguo como el elemento que está en la base de la infelicidad humana y, desde luego, de la felicidad. Más recientemente, y desde el ámbito de la terapia psicológica como forma de afrontar el sufrimiento humano, Hayes, Stroshal y Wilson (1999) han señalado al lenguaje como objetivo, razón y causa del sufrimiento humano, sin olvidar la particularidad de que, probablemente, el lenguaje no debió surgir en la especie humana precisamente para la diversión, sino más bien como un modo para escapar del peligro y quizá más tarde para organizar el control social (véanse Hayes et al., 1999; Skinner, 1986).

Ambos lados del lenguaje, como razón de ser de la naturaleza humana y como causa de sufrimiento, en cuanto conducta, no son otra cosa que los repertorios de autoconocimiento socialmente establecidos, de modo que en el propio hecho reside la grandeza y la miseria, la ventaja y el riesgo: *tener lenguaje es tener ambos lados del lenguaje*. Un lado brillante como conocimiento cuyo

uso resulta extremadamente útil en cuanto que controla acciones efectivas, eficaces y propiciadoras de bienestar, y un lado oscuro ante el cual se puede reaccionar de modo que resulte limitante. Y, de la misma manera que los metafóricos caballeros *yedai*, debemos aprender a dominar nuestros poderes verbales para que éstos no terminen dominándonos. El ser humano debe aprender a manejar el lenguaje sin ser atrapado por su lado oscuro, aprendiendo a manejarlo sin dejarse atrapar por él. Difícil e inestable equilibrio porque, como señalaron Hayes et al. (1999): «La capacidad autorreflexiva es un arma potencial y poderosa, a la vez que peligrosa».

El propio concepto de sufrimiento en los humanos tiene un origen social y ha ido transformando su significado a lo largo de los siglos³ (al igual que todos los conceptos de similar función, palabras con carga semántica), terminando en un referente de *sufrimiento* ubicado de un modo generalizado —por socializado— en el ámbito íntimo de lo privado. En lo que aquí concierne, cabe resaltar que, en el marco social dominante, el concepto de sufrimiento se contrapone al de bienestar. Es más, la escala de sufrimiento como contrapuesto a bienestar —referido al sentimiento más que a la acción— se ha puesto en circulación en relación a estar mentalmente sano versus tener una enfermedad mental. A su vez, estas etiquetas valorativas se ven con el significado de favorecer o impedir el curso de la vida. Como Dougher (1994) ha señalado, los valores sociales en alza en nuestro mundo han equiparado felicidad a la ausencia de dolor, ausencia de problemas, ausencia de ansiedad y preocupaciones, a la vez que a la presencia de ciertos niveles económicos y signos estéticos.

Como se muestra en la figura 1.1, las relaciones genéricamente establecidas en nuestra sociedad potencian que *sentirse bien* se contraponen a *sufrir*, siendo lo primero contemplado como *lo normal* y,

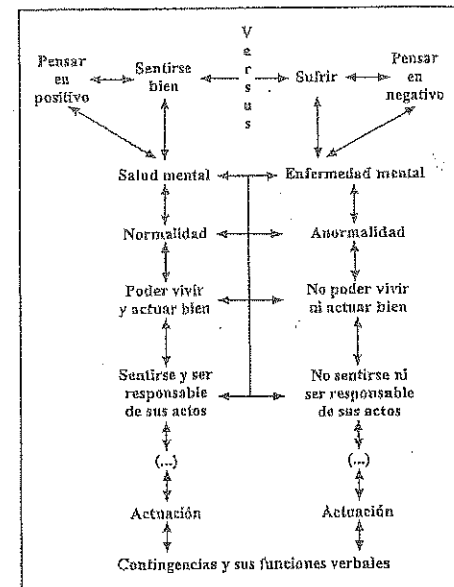


Figura 1.1.—Algunas de las relaciones principales del sistema de funcionamiento cultural entre los sentimientos y los pensamientos positivos, que se valoran como necesarios para poder actuar o vivir feliz —inevitablemente lo mismo cabe decir de los opuestos (véase en el texto)—, teniendo en cuenta que el sistema de reglas y contingencias que opere en cada caso, según la historia individual, irá a favor o en contra de una actuación que pueda resultar finalmente destructiva para la persona.

por derivación, *el sufrimiento como lo anormal*. El sentimiento de sufrimiento se empareja socialmente con pensamientos de impotencia y de incapacidad, y así sufrir se vive contrapuesto a *estar en disposición de actuar* para lo que uno querría

¹ Se incrementa la petición en grandes ciudades, como las estadounidenses (Marinoff, 1999) (en España está iniciándose), no ya de tener un terapeuta, sino de tener un «consejero particular» —el *coaching*— que, como «ángel de la guarda», vele por nosotros, nos fortalezca y ayude a tomar decisiones y nos consuele ante los fracasos.

² La salud mental es uno de los asuntos humanos tan extraordinariamente actual y saliente que mueve millones y sirve a numerosos intereses, y a él se dedican desde libros de bolsillo hasta consultas psiquiátricas y psicológicas, consultas religiosas, premios literarios, obras teatrales, televisión y todo un entramado institucional.

³ No es objetivo de este texto el análisis de la génesis del concepto y de las razones y modos en que ha ido transformando su significado de unos tiempos a otros. Como estos

conceptos han sido permeables a factores sociales, económicos y políticos, puede encontrarse en obras como Béjar, 1988; Gergen, 1991; Pérez Álvarez, 1992, entre otras.

nacer con su vida. De todo ello, inevitablemente, se derivan múltiples relaciones cruzadas a las que ha de añadirse el conjunto de valoraciones y comportamientos que se relacionan con *ser anormal*, *tener una enfermedad mental* y otras consecuencias (por ejemplo, responsabilidad reducida de los propios actos, la complacencia con uno mismo, la permisividad de los otros y del sistema, etc.).

Las relaciones entre estos componentes pueden surgir tras un mínimo contacto contingencial o directo respecto de alguna de estas relaciones (véase en el capítulo 2). Así, surgen todas las combinaciones posibles y una derivación de sus significados entre sus componentes. Por ejemplo, una persona puede sentirse bien y surgir verbalmente el resto de elementos relacionados («soy una persona normal», «se puede confiar en mí», por ejemplo) y actuar ajustándose a esas reglas o en otra dirección. De forma similar, si tiene dificultades en su vida o surgen pensamientos negativos sobre sí mismo porque se den las condiciones según su historia personal, pueden derivarse otros significados (por ejemplo, «algo no funciona», «no puedo tomar la responsabilidad como antes», «¿seré anormal?», «tendré algún problema») y las actuaciones pertinentes a su historia. Entonces, las contingencias —las funciones que éstas tengan en cada circunstancia y persona— potenciarán unas relaciones u otras entre pensar, sentir y actuar.

El caso es que, en nuestro mundo actual, uno siente la obligación de sentirse bien y evitar el sufrimiento porque éste ha sido catalogado como algo anormal, negativo e inapropiado para vivir una vida plena, en especial en esta sociedad postmoderna que rechaza de plano una visión del mundo como ese *valle de lágrimas* que el pesimismo realista de antaño delimitaba. Además, el hecho de haber centrado todos estos conceptos en las sensaciones en lugar de en las acciones obliga a plantear, en la ontogenia de la persona, la procedencia de los sentimientos de bienestar o de malestar como eventos privados centrados en lo íntimo. Obliga también a buscar la procedencia social del hecho de que ciertas sensaciones sean valoradas como positivas o negativas y como normales o anormales y, más importante aún, obliga a

plantear la búsqueda de por qué se relacionan con actuar de un modo u otro en pro de diferentes objetivos.

Una vida indolora pasa por ser el objetivo prioritario de los seres humanos, de forma que si preguntamos por lo que se «espera de la vida», una parte común de la respuesta es muy probable que incluya el deseo de *sentirse bien* y *ser feliz* evitando cualquier tipo de sufrimiento e incomodidad. Más específicamente se busca sentirse querido, pero sin sentirse mal en el proceso; tener las ideas claras sin tener dudas; estar motivado o querer hacer las cosas; pensar en positivo de sí mismo y de la vida, etc. De este modo, al surgir el dolor, las dudas, los pensamientos negativos, la inseguridad en sí mismo, la sensación de no ser querido o de no tener éxito, se sufre, y todo eso se convierte en objetivo prioritario de evitación que, según lo que uno valore, puede llegar a ser destructivo.

En un sentido de particularidad ejemplarizante, en similares términos se pronuncian muchos clientes o pacientes (elijamos el término que mejor nos acomode) cuando son preguntados por el motivo de su consulta, ofreciéndonos respuestas como «no soy feliz, quiero sentirme bien» o «quiero dejar de sufrir y ser normal para poder vivir». Sea como fuere y adoptando la fórmula verbal propia de cada caso, el sentimiento de sufrimiento o el de felicidad se centrarán en los eventos privados; en unos casos, porque los clientes sitúan el sentirse bien en relación a conseguir enterrar ciertos recuerdos, en otros porque sentirse bien se centra en la necesidad de no sentir tristeza o ansiedad, o en que desaparezcan las sensaciones depresivas, o las ideas o los pensamientos «taladrantes» sobre algo, sobre sí mismo, sobre los demás o sobre el mundo en general. Parece, pues, algo genérico que *sentirse bien* resulta equivalente a *dar la espalda* o «extirpar» ciertas sensaciones, pensamientos u otros eventos privados, y que éstos se entiendan como negativos y anormales sirviendo como barreras que impiden vivir.

Este genérico y legítimo deseo de sentirse bien ha ido transformando su significado a lo largo de la historia y, como proceso verbal que es, está sujeto a innumerables variaciones en su valor o fun-

ción entre los individuos de un mismo tiempo, en tanto que su forma o expresión particular en cada caso responderá a las interacciones entre cada persona y su ambiente verbal. Escribió Aristóteles que «el fuego arde igual en la Hélade que en Persia, pero las ideas de los hombres sobre el bien y el mal varían de un lugar a otro».

Como asunción o lógica socializada, los seres humanos del siglo XXI fácilmente entendemos que *sentirse mal es algo anormal*, no es signo de *salud mental*, de forma que, diligente y precisamente, hemos dispuesto la calificación reparadora, pero también excluyente, de quien cumpla dicho criterio. Así pues, es algo usual sostener que para poder actuar bien es preciso estar mentalmente sano, entendiéndose por tal la presencia y/o ausencia de un compendio de contenidos cognitivos o eventos privados que, finalmente, han acabado siendo contemplados como las causas de la acción por mera contigüidad (Luciano y Hayes, 2001).

El hecho de sentirse mal y creerse mentalmente sano, socialmente, no son conceptos que formen pareja cultural, como tampoco la forman el hecho de sufrir y vivir la vida. Más bien al contrario, de manera que si alguien dice «me siento mal, pero estoy bien», se le mirará con cierta extrañeza, tratando de encontrar la justificación de esa «contradicción» y entender qué tipo de relaciones o procesos mentales caracterizan a dicho individuo; en definitiva, qué peculiar tipo de personaje es quien dice algo así. Con frecuencia, contar con alguna sofisticada etiqueta tranquiliza nuestro espíritu, de forma que la anormalidad queda justificada.

Ahora bien, cuando los eventos privados vividos negativamente llegan a actuar como *barreras o causas que impiden vivir feliz*, y la persona sólo sabe luchar contra sí mismo al hacerlo contra sus eventos privados, y esta lucha deliberada en lugar de eliminar lo que «molesta» lo hace *cada vez más presente*, el resultado final es un contexto de sufrimiento por la limitación que este proceder evitativo engendra (ya que la única estrategia es evitar) y que según los valores de uno puede ser una *limitación destructiva*.

Para entender el porqué de la relevancia y preeminencia de este modo de hacer y entender la vida,

deben rastrearse las circunstancias de nuestra cotidianidad en las que se llega a construir que sentirse mal sea contrario a estar bien y a vivir la vida. De hecho, ¿por qué cada vez es más frecuente que no se funcione bajo el lema «vive y te sentirás bien aunque a veces te sientas mal» y sin embargo se sigue cada vez más el lema de «tienes que sentirte bien para poder vivir feliz»? ¿Por qué es tan difícil que puedan coexistir el hecho de «sentirse mal y estar bien»? Más aún, ¿cómo es que el resultado de luchar con ahínco por no sufrir sea llegar a vivir con más sufrimiento? En los siguientes apartados nos ocuparemos con mayor detalle de estos aspectos aparentemente contradictorios.

1. «SENTIRSE BIEN» COMO LA GUÍA GENÉRICA DE SALUD MENTAL

Este apartado se detiene principalmente en las circunstancias que potencian el malestar o sufrimiento como algo «anormal» y contrario a tener salud mental. Para ello, necesariamente se habrá de aludir al lenguaje como la principal sede y vehículo de conocimiento del mundo ajeno y privado, sin olvidar que las circunstancias en las que niños y adolescentes se desarrollan son las condiciones en las que los adultos viven y, por tanto, consideran importantes para la educación. Condiciones que actualmente incluyen una extraordinaria influencia de los medios de comunicación a través de los cuales resulta fácil acceder a explicaciones y soluciones propuestas por profesionales (expertos o no) de la salud mental, junto a las ofrecidas por un sinnúmero de personajes más o menos varietales pero con influencia pública.

En primer lugar, resulta ineludible detenerse en el hecho de que *cualquier acción humana tenga dos vertientes*. Por ejemplo, si elegimos fumar tendremos que aceptar el conocido riesgo para nuestra salud que comporta, mientras que si ya fumadores renunciamos a fumar habremos de «abrirnos» a lo que sentiremos al no fumar. Por ejemplo, aun convencidos de dejar de fumar, ¿qué hacer con el deseo? El refrán «no es posible nadar y guardar la ropa» sirve para ejemplarizar sucintamente este di-

lema de los dos lados del autoconocimiento, como la cara y la cruz de la misma moneda. La cuestión no es tanto lo que a uno le acontece una vez que elige qué hacer sino sus reacciones a lo que le acontece. Esto es, que inevitablemente surgirá la experiencia privada de «tener ganas de fumar» y otros pensamientos derivados, pero uno puede elegir siempre qué hacer entonces.

Pero, además, vivimos en un mundo cada día más «artificial», en el sentido de que las condiciones imperantes, cada vez más, no juegan a favor de normalizar los eventos privados que se producen como consecuencia del lado oscuro que inevitablemente acompaña al lado brillante de nuestra existencia verbal. Y, en parte, los humanos tratamos en ocasiones de potenciar esa normalización en el largo, difícil y sutil proceso que llamamos formación de la personalidad, crecimiento personal o, en otros órdenes, educación o socialización; algo que ha sido reiteradamente resaltado por diferentes ilustres estudiosos de la condición humana, de forma que la cuestión central no es *qué escollos* uno vaya encontrando en su vida, sino *qué hace* con ellos⁴.

En segundo lugar, resulta destacable que la parte del mundo en la que los trastornos psicológicos se han hecho más evidentes⁵ es, precisamente, el mundo desarrollado, la parte del mundo en la que más mitigadas están las penalidades para la mayor parte de la población, el mundo desarrollado; paradójicamente, la parte del mundo donde las perso-

nas ocupan más tiempo y esfuerzo en la búsqueda de emociones positivas y la evitación de las entendidas como negativas. La soledad, los conflictos de pareja, la insatisfacción personal, el afán por el éxito, centran la vida de millones de personas que, por otra parte, suelen tener cubiertas necesidades tan elementales como la comida, el techo, el vestido y la atención sanitaria, que en otras latitudes constituyen casi un lujo. Por ello, las circunstancias o el funcionamiento genérico como búsqueda de la felicidad o la evitación del sufrimiento en la sociedad que nos toca vivir son el marco coherente para entender la lucha que nuestros clientes mantienen y las razones por las que acuden a consulta.

Dentro de este esquema de vida, mitad moderno mitad postmoderno, la lógica de *tener que sentirse bien para poder vivir* se ha visto potenciada de manera extraordinaria en los últimos cuarenta años, en la medida en que han terminado por generalizarse interacciones sociales que permiten hablar de un *estilo de funcionamiento hedonista*; por ejemplo, la permisividad casi extrema, la flexibilidad en «casi todo», la justificación de casi todo con tal de evitar problemas o, lo que es igual, de reducir rápidamente al mínimo el malestar o el sufrimiento propios. Los valores centrados en las consecuencias a largo plazo de las acciones están hoy a la baja, mientras que sube y se potencia la justificación de las acciones que «parchean» los problemas y bloquean que podamos «ver más allá», lo que genera a la larga otros problemas de mayor gravedad⁶.

de menos un entrenamiento o exposición suficiente para llegar a normalizar las dos vertientes naturales de cualquier acción o normalizar lo natural de la vida, las ventajas y desventajas del ser humano como ser verbal, algo sobre lo que insistiremos a lo largo de este libro (véase Luciano y Hayes, 2001).

⁵ En las formas de ansiedad, depresión, alteraciones de la personalidad, estrés, trastornos del comportamiento alimentario, consumo de drogas, etc., convertidos en las «modernas plagas del presente».

⁶ Ya es crónico el modo de funcionar «medio resolviendo» los problemas; esto es, buscando soluciones que miran a lo más cercano o próximo en el tiempo mientras que generan problemas en zonas más lejanas o en tiempos futuros: por ejemplo, trasladar los residuos peligrosos a zonas del planeta alejadas de quienes los han producido, colocar las industrias

La búsqueda de las condiciones que han generado este tipo de interacciones nos remite al análisis de las contingencias sociales producidas con los espectaculares avances en las técnicas y el conocimiento desde finales del siglo XIX hasta el presente⁷. Es en este relativo maremágnum de opiniones en el que se ha convertido el mundo actual, de puntos de referencia diversos, de crisis de las «verdades inmutables» y de los «valores eternos» (consecuentemente, y de modo muy especialmente, de la crisis del principio de autoridad), y por tanto de puesta en escena de tantas verdades disponibles como historias personales o contextos uno pueda discernir, de la consiguiente y consecuente exigencia de permisividad en las acciones (acordes a «tantas» verdades como tengamos disponibles), el lugar y el momento en el que padres, profesores y profesionales de la salud —quieran o no, les guste o les disguste— se encuentran teniendo que responder ante sus hijos, sus alumnos y sus pacientes.

Sin embargo, debido a que los eventos privados son una construcción social, al igual que las reacciones ante ellos, la responsabilidad social es máxima. Esto significa que si el umbral de la flexibilidad social es máximo, se deriva, consecuentemente, una rigidez extrema o generalizada del malestar privado o un umbral mínimo de tolerancia a ese malestar. Dicho de otro modo, la excesiva tolerancia de los demás termina generando intolerancia personal al malestar propio (Gil Roales-Nieto, 2002).

En tercer lugar, la disponibilidad de ideas sobre la naturaleza de lo psicológico, sobre las relaciones entre lo público y lo privado, entre los otros y uno mismo, entre el sistema y la persona, es amplia y diversa y se ampara, con frecuencia, en

marcos de opinión respetables que apelan a «lo científico» o «lo saludable» en un ámbito de proteccionismo social que dirige los pasos de cada individuo hacia la felicidad construida socialmente en un modo que recuerda el concepto de *Estado terapéutico* de Szasz (1960).

Vivimos, por tanto, en un mundo que espalice todo tipo de ideas a modo de «supermercado» de razonamientos y recetas para casi todo («cómo ser feliz», «cómo evitar el sufrimiento», «cómo tener salud mental», «cómo mejorar tu personalidad...»), que terminan siendo mezcladas por cada uno en su cóctel personal propio. Ideas entre las que no sufrir es un valor al alza para la cuenta de la vida, de modo que su búsqueda termina moviendo millones. Ser feliz versus sufrir se asocia con frecuencia a disfrutar todo lo posible, mejor pronto que tarde, y a evitar cualquier tensión, sufrimiento y esfuerzo: una vida sin complicaciones es una vida feliz. De forma que cuando uno sienta malestar o sufrimiento vive la experiencia como algo negativo en sí mismo y puede llegar a actuar como si esto representase realmente una insalvable barrera para poder hacer lo que uno quiere y tiene que hacer.

Es, por tanto, en las circunstancias sociales en las que se fomenta con más ahínco la necesidad de *sentirse bien en lo más íntimo* para poder triunfar o para poder vivir donde se extienden una buena parte de las máximas al uso sobre la salud mental y la enfermedad mental o los trastornos psicológicos, ya moneda común y ampliamente socializada. Circunstancias socioverbales que han sido analizadas, en buena parte, por antropólogos, filósofos, escritores, médicos y psicólogos y que sólo son relevantes desde el marco del sistema verbal en el que una persona nace y en el que se hace humana,

peligrosos o los vertederos en barrios lejanos a los de uno o zonas deprimidas lejanas al «corazón de las ciudades». De modo que las razones, con frecuencia «espurias», que sirven para justificar acciones cada vez son más diversas y están más cerca de la exclusiva contemplación «del ombligo propio en los eventos privados» que de las vidas de los demás, y más centradas en lo próximo e inmediato en vez de en sus efectos a largo plazo y en los demás.

⁷ Traducidos, en lo que a visión del ser humano se refiere, en la transformación de los modos de pensar y sentir predominantes, cuyo recorrido desde el modo romántico propio del novecientos hasta modernista del siglo XX, para terminar en la génesis y el desarrollo imparable de la concepción postmodernista actual, puede verse, por ejemplo, en los análisis de Béjar (1988), Gergen (1991), Horney (1993), Lasch (1991) y Sennett (1998).

y que han generado una visión de la vida, de los demás y de uno mismo que puede terminar dificultando la propia existencia. Algo que ocurre cuando el comportamiento simbólico, como reflexión sobre lo que uno piensa y siente, sobre lo hecho y lo que aún no se ha vivido, resulta una especie de «credo» literal de acuerdo con el cual el individuo se comporta y en el que termina «atrapado», haciéndose dependiente de *su sentir* y de *su verdad*. Dicho de otro modo, termina prisionero de sus experiencias privadas e insensible a las contingencias naturales.

Finalmente, en cuarto lugar, el análisis del malestar, del sufrimiento, como algo contrario a la vida no es posible cerrarlo mientras no se analice en detalle el sistema verbal que se va generando desde temprano en el niño, quien paulatina e inevitablemente contacta con las informaciones que están en circulación en su sistema verbal de referencia y actúa respecto a ellas. Aunque más adelante analicemos estos procesos en detalle, nos detendremos brevemente sobre el papel del lenguaje.

Globalmente considerado, el sistema verbal ha permitido un extraordinario avance en las condiciones de vida de la especie humana y ha permitido que los humanos podamos disfrutar simbólicamente, pero también nos ha condenado a experimentar más sufrimiento. Las ventajas de ser verbal han ido en aumento exponencial, de manera que la especie humana fue generando relaciones por medio de las cuales llegó pronto a ser superior a las demás especies en el control de las condiciones de vida en el planeta. Esto ha sido, es y será un proceso gradual, de manera que el futuro siempre terminará por sorprendernos⁵. Ventajas y desventajas propias del autoconocimiento como tal, que nos es construido desde la más temprana edad por la comunidad verbal correspondien-

te (Skinner, 1974), en la que el niño aprende a hablar de lo que está presente y, a su través, de lo que no está presente, y consecuentemente a pensar, comparar, planear, analizar, criticar, etc. Así se va formando lo que le gusta y disgusta y cómo responder ante ello. Que, como señalan Hayes et al. (1999), la inocencia del niño caiga como caen los pétalos de una flor «madura» y sólo permanezcan en la planta las espinas y ramas secas del miedo, la autocrítica, la pretensión o la angustia es una transición muy difícil de evitar y suavizar cuando acontece, porque nuestros hijos no tienen más remedio que entrar en el a la vez maravilloso y terrible mundo del autoconocimiento si queremos que lleguen a ser plenamente humanos.

En suma, la comunidad verbal nos enseña a tener valores y a discernir, clasificar, diferenciar, comparar, razonar, recordar, actuar sobre las razones dadas, diseñar el futuro, rememorar el pasado, emocionarnos, planificar experimentos, diseñar edificios, y también crímenes, y a disfrutar y a sufrir todo lo imaginable y más. Sin la actividad verbal, o el sistema verbal que se construye en cada uno de nosotros, no habría comprensión, ni depresión, ni amor, ni suicidio, ni terroristas, ni demanda de eutanasia; no podríamos *sentir verbalmente* el futuro como si estuviera presente, ni compararíamos lo de hoy con lo de ayer, ni lo que tenemos con lo que otros tienen o de lo que carecen. No habría reflexión ni para bien ni para mal y nuestros valores serían muchísimo más simples.

2. EL PLANTEAMIENTO CULTURAL Y LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS

El modo de entender lo psicológicamente sano en el contexto de la salud mental, y entender ésta,

nal, accidental o deliberadamente (Harris, 1977), en tanto que las relaciones simbólicas que el ser humano establece —lo que, en parte, llamamos su inteligencia— llegan a alterar las funciones del presente y producir acciones que aniquilan la especie, al igual que las propias acciones llegan en ocasiones a aniquilar la vida de un individuo.

a su vez, centrada en sentirse bien y opuesta al sufrimiento, *ha desnaturalizado el sufrimiento* como una parte natural de la vida. Este planteamiento cultural se puede observar puesto en circulación, y bien arraigado en lo cotidiano (es decir, los medios de comunicación), en los sistemas de clasificación o taxonomías de las enfermedades mentales, en los métodos de evaluación y diagnóstico, así como en los objetivos y las estrategias de los tratamientos disponibles para los trastornos psicológicos. Es éste un fenómeno eminentemente social en su desarrollo y en su mantenimiento.

Aún más, que los profesionales de la clínica psicológica y los científicos dedicados al estudio de lo psicológico se hayan apegado, mayoritariamente y durante mucho tiempo, a un modelo médico o biologicista de lo psicológico ha llegado a producir un cuerpo de conocimientos que, inevitablemente, no ha sido efectivo y ha alejado a la comunidad científica del estudio pormenorizado del fenómeno psicológico en su raíz social y verbal.

Las razones por las que la psicología en general, y la psicología clínica en particular, tomaron tal dirección son diversas. Aun cuando su ubicación en el marco de las disciplinas sociales es un hecho, el conocimiento consensuado de lo psicológico sigue afincado en el error categorial del dualismo cartesiano expuesto lúcidamente por Ryle (1949), habiéndose revestido en la actualidad de modernos ropajes y brillantes retóricas en el marco del cientificismo propio de casi cualquier parcela de conocimiento, manteniendo equívocas relaciones entre mente y cerebro (véase la crítica, ya clásica, de esta relación de Szasz, 1960) y persistiendo la visión de este órgano como *causa* del comportamiento⁶.

Para lo que aquí concierne, es necesario retomar, en un nuevo marco de referencia, *lo psicológico* como algo que se inicia socialmente y se forma individualmente desde el sistema verbal de

referencia, de modo que el *análisis de un trastorno psicológico ha de pasar, en primer y esencial término, por el análisis del lenguaje*, considerando en este análisis la desnaturalización del sufrimiento completada en los tiempos modernos.

Y es que se reflejan como signos de enfermedad mental o anomalía psicológica, por ejemplo, casi cualquier exceso o déficit en el ámbito de la emoción (ansiedad, tristeza, irritabilidad, euforia, enojo, ira...), así como la presencia de ciertos modos de pensar (por ejemplo, delirio, derroterismo, desesperanza, grandiosidad...) y ciertos estados corporales (sudoración, temblor, palpitaciones, dificultad en la respiración, sensaciones propias de la abstinencia, dificultades al conciliar el sueño, pesadillas, etc.). Y todo ello se ofrece como señales y constituyentes de múltiples trastornos psicológicos de variados nombres en los medios de comunicación, en multitud de libros divulgativos al más lego nivel y hasta en los ámbitos profesionales y universitarios más «estrictos». En consecuencia, cualquier aspecto de la vida que nos traiga un sentimiento de malestar puede conducirnos al camino de la anomalía psicológica, tal como es entendida por los «expertos». Por ello, para poder entender la *formación de los trastornos psicológicos* o del sufrimiento humano, y llegar a comprender las condiciones que pueden permitir a la gente considerar los avatares de la vida y la reacción al malestar como algo normal y no contrario a la salud mental y a la propia vida, hay que centrarse en el funcionamiento social (las reglas y las contingencias que potencian unas y otras tendencias) y necesariamente, al hacerlo, en el análisis de la actividad simbólica.

Ir en contra de la naturaleza verbal del sufrimiento psicológico es *tratarlo como lo que no es* y, por tanto, emprender acciones que, necesariamente, no pueden sino incrementarlo y extenderlo aunque su pretensión sea disminuirlo. Asumir

⁵ Sin embargo, las ventajas de las interacciones simbólicas también pueden llegar a convertir el planeta en un lugar inhabitable, como bien se ha indicado y denunciado desde ámbitos muy distintos. Así, el conocimiento simbólico ha permitido tanto el avance de la especie humana como el hecho de que los mismos mecanismos puedan conducir a su fi-

⁶ En contraposición a esta corriente dominante, diversos autores han analizado la esencia verbal del conocimiento del mundo, incluido el cerebro al igual que la ciencia (por ejemplo, Ryle, 1949; Wittgenstein, 1982; Kauter, 1975; Rus-

sell, 1930; Ramón y Cajal, 1923; Skinner, 1957, y otros), de manera que el estudio de cualquier asunto humano de la naturaleza que fuere no puede escapar al lenguaje que lo conforma.

que la vida incluye tropiezos, caídas, desencantos, preocupaciones, dudas, pensamientos y/o sentimientos contrapuestos, sensaciones vividas como vacío, confusión, tristeza y alegría, y un largo etcétera, es asumir la vida como un ser humano verbal en un mundo social con múltiples matices de un modo *normalizado* e incompatible con quedar atrapado, fusionado, crónicamente a dichas funciones.

El carácter ubicuo del sufrimiento en los humanos verbales es un hecho, y quedar atrapado en un patrón destructivo de no aceptación del sufrimiento socioverbal es algo cada vez más común, si nos atenemos a la pervasividad de este sufrimiento en la psicopatología humana y al incremento de los trastornos psicológicos en los tiempos actuales.

Cuando llegar a ser feliz tendría que ser algo relativamente fácil en un mundo lleno de comodidades y oportunidades que cada vez controla más y mejor el dolor físico y la enfermedad, ocurre que cada vez es más difícil ser feliz y más fácil ser infeliz (Hayes et al., 1995, 1999). Algo falla en la lógica de querer ser feliz como contrario al malestar en la vida. Algo falla en la lógica del planteamiento cultural más asumido sobre la salud mental. Exigir no sufrir o tener que sentirse bien para poder vivir no se ajusta a lo que la vida realmente ofrece, en tanto que el malestar psicológico es parte consustancial de la vida, y acogerse a la búsqueda de la evitación del sufrimiento como el único objetivo en la vida es una elección restrictiva que puede resultar destructiva.

3. LA EVITACIÓN COMO ALGO FAMILIAR

Cuando alguien señala que «necesita motivación para seguir trabajando», o que «sin amor, no puede seguir adelante»; igualmente, cuando alguien afirma «no puedo continuar con estas dudas sobre mí misma» o «tengo que garantizar que conseguiré lo que quiero para poder seguir adelante», o cuando alguien advierte que «si estuviera más alegre, lo haría» o que «si supiera que piensa bien de mí, me volcaría en esta rela-

ción», o se justifica afirmando que «si hubiera estado más motivado, habría estudiado más y habría aprobado», estamos ante afirmaciones que probablemente resultan familiares por lo que tienen de comunes y socializadas.

De la misma manera nos resultará también familiar, igualmente por común y socializado, que en numerosas ocasiones se intente instruir u orientar a quien habla de esa forma sobre lo que debe hacer para acabar con tal estado de cosas. Por ejemplo, si un amigo se siente mal, está triste y nos dice que «no tiene ganas de nada» y «no quiere recordar lo que le ha pasado», es probable que se nos ocurra algún consejo para ayudarle a olvidar sus problemas del tipo «distráete con otra cosa y te sentirás mejor, intenta olvidarlo». Y, haciendo esto, se estaría dando un *valor causal explícito* al contenido del sentimiento y del pensamiento, además de estar señalando que *algunos contenidos o eventos privados son negativos*.

De igual manera, cuando una persona murmura sobre sí misma, se autoinculpa o se victimiza, bien porque haya sido criticada, no consiga lo que desea, le hayan ocurrido desgracias que cree no merecer, crea que lo que a ella le sucede no le pasa a nadie más, entienda que «la vida le trata mal» o que es una persona sin suerte, la reacción de los demás es probable que vaya en la dirección de orientarle hacia el olvido, la distracción y el entretenimiento a fin de «pasar el mal trago».

También es frecuente que se reaccione intentando razonar de algún modo que minimice la importancia de lo acontecido, señalando que «no es para tanto», que «hay gente que te quiere», o diciéndole que «se acuerde de las cosas positivas», o advirtiéndole que «no es bueno —o sano— pensar así», e incluso puede que advirtiéndole que «tiene una mente extraña» o «una manera retorcida de verse y de ver las cosas», etc. Y, haciendo esto, también se estaría propiciando una valoración positiva y negativa a ciertos eventos privados y fortaleciendo las bases de su papel causal.

Que la evitación es algo familiar se puede constatar considerando algunos ejemplos más. Piénsese lo inadvertido y casual de interacciones tales como cuando al adolescente que llora se le dice

que «si quiere ser un hombre no debe llorar», o cuando a cualquiera enfrentado a una prueba competitiva se le dice que «con dudas lo mejor será no arriesgarse», o cuando a los estudiantes se les asegura que han de «sentir confianza en sí mismos» para disponerse a estudiar y afrontar un examen difícil, o cuando ante el solitario que argumenta no creer que nadie pueda quererle, se contraponen que «tiene que confiar en conseguirlo»; e igualmente es el caso del adolescente tímido e inseguro a quien se le dice que «no tener confianza en sí mismo es lo que le impide actuar». Ejemplos todos de fortalecimiento cultural del credo cognitivo sobre la naturaleza humana, que otorga papel causal a los eventos privados, de tal modo que uno debe *sentir coraje para actuar* con coraje, y tiene que *pensar positivamente para tener éxito*, y *creer* que pueden quererle *para poder encontrar* el amor, de manera que el *bien hacer* en la vida se ve determinado por la presencia de emociones y cogniciones positivas.

Si a lo ya indicado sumamos el fondo cultural de que el sufrimiento es malo y debe ser evitado para poder vivir, ya que las emociones y cogniciones negativas se asocian a comportamientos desajustados y al fracaso en la vida, termina resultándonos la máxima cultural que se resume en el convencimiento de que tener buenos pensamientos y sentimientos sobre uno mismo, sobre la vida y el futuro nos hará actuar bien y vivir felices, lo que dicho de otro modo aún más breve se limita a la sencilla regla de «evita el sufrimiento para poder vivir feliz!». En resumen, una manera de ver las cosas que, directa o derivadamente, implica que si los sentimientos de tristeza, angustia, ansiedad, miedo, soledad, rechazo, incapacidad, duda y demás de similar función, están presentes para una persona, pueden resultar patológicos o indicativos de una mente afectada o anormal y urge, por tanto, su eliminación para que poder sentirse de otro modo y poder *vivir feliz*.

¹⁰ Aunque una persona pueda vivirlas como si fueran automáticas y vivir los eventos privados como determinantes de una única manera de proceder, como si los eventos

Más aún, este proceso cultural no sólo «ofrece» este tipo de máximas que colocan el contenido de los eventos privados en el polo positivo o negativo de la escala valorativa de las cosas, y «sugieren» un valor causal para tales eventos privados, sino que también —y este punto es el quid de la cuestión— proporciona las contingencias apropiadas para establecer *relaciones arbitrarias*¹⁰ entre lo que se piensa, lo que se siente y lo que se hace. Todo ello fomenta directamente el valor causal atribuido a la relación entre eventos privados y actuaciones y promueve una gafa de funcionamiento o actuación que parece alejar al individuo del sufrimiento como si fuera un signo de enfermedad mental. Complejo y sutil punto de vista que ha terminado de socializarse en las últimas décadas, de tal forma que hoy en día está presente en todas partes en nuestra vida cotidiana, disponiendo así las condiciones para la «compra» masiva de esta forma de entender el funcionamiento humano que supondría el cierre del planteamiento cultural como profecía que se cumple a sí misma. Esto es, la credibilidad a tal razonamiento se le otorga, precisamente, ante la evidencia de que uno se comporta de acuerdo con él.

La cuestión es si esta idea genérica de que el control de los eventos privados es necesario para poder vivir feliz, sempiternamente presente y expuesta hasta la saciedad a través de los medios de comunicación, los textos profesionales y divulgativos sobre salud mental y trastornos psicológicos, el teatro, el cine, la novela y las más variadas formas de expresión cultural, cuando se toma como rígida o única pauta de funcionamiento, limita la emergencia de trastornos psicológicos de todo tipo o, por el contrario, supone en realidad un riesgo añadido y una exacerbación del sufrimiento. La respuesta no puede ser única, ni sencilla ni fácil, y contempla tantos matices que, finalmente, no parecerá una respuesta, y sin embargo lo es. Y es que la evitación generalizada es restrictiva, pero

privados fueran «cosas» al igual que lo es una pelota, un perro o la luna, y esto sin apenas diferenciarse ella misma como persona que se comporta respecto a tales eventos privados.

que alcance a ser destructiva es una clave personal que se ubica, necesariamente, en lo que uno quiera hacer con su vida o los valores que la guíen.

Ejemplos de textos sobre salud mental

*Controle la ansiedad y consiga ser feliz.
¿Signos de tristeza, agobio, preocupación?
Aquí tiene una solución.
La inteligencia emocional ayuda a controlar los sentimientos negativos. Foméntala en tu hijo.
¿Cómo evitar el estrés?
Del pánico al poder: calmar su ansiedad, vencer sus temores y permitirle tomar el control de su propia vida.
Usted puede ser feliz: «supere» la ansiedad, la cólera y la depresión.
El yoga: un método para prevenir la tensión psicológica.
Librese del pánico: elimine los ataques de ansiedad/pánico sin fármacos y tome el control de su propia vida.
Vivir sin pánico: cómo controlar sus ataques de ansiedad.
Entender la mente de los alcohólicos: la naturaleza del ansia y cómo controlarla.
Cómo controlar su ansiedad antes de que ella le controle a usted.
Automasaje para controlar tu ansiedad.
Supere la ansiedad social y la timidez.
Elimine el deseo: cómo controlar su deseo de drogas.*

Seguir las pautas que la comunidad provee para evitar el peligro de verse afectado por circunstancias desagradables, nocivas o mortales es extremadamente útil, de manera que desde muy pronto en nuestro desarrollo disponemos de habilidades que nos permiten evitar aquello que dificultaría lo que se quiere conseguir. Sin embargo, si el patrón o estilo de funcionamiento de evitación se generaliza o no se contextualiza adecuadamente en rela-

ción a las circunstancias en las que es efectivo, puede acabar en un efecto destructivo. Tal es el caso cuando al igual que uno quita un objeto de en medio porque estorba para una acción se intentan evitar o reducir, como un medio para vivir, las sensaciones, los recuerdos o los pensamientos recurrentes o cualquier evento privado que derive malestar o sufrimiento, y esa pauta hace sufrir aún más al impedir a la persona disfrutar por no hacer lo que puede y valora en su vida.

Esta generalización del patrón de evitación supone un punto básico en la génesis de trastornos psicológicos, y se sustenta en la credibilidad otorgada a concebir los eventos privados como determinantes de la acción y, consecuentemente, el centro de la vida. Con todo, aunque la evitación es bastante familiar, afortunadamente, no se convierte en un patrón generalizado en la mayoría de los seres humanos. Cabe por tanto diferenciar entre la evitación experiencial como fenómeno universal en la especie humana y lo que más adelante analizaremos como trastorno de evitación experiencial, un fenómeno destructivo que afecta a buena parte de los seres humanos que presentan lo que entendemos como psicopatologías o trastornos psicológicos.

4. EN RESUMEN, APRENDEMOS A TENER EVENTOS PRIVADOS Y A INTENTAR CONTROLARLOS

El sistema verbal entrena y perpetúa la práctica cultural del control de los eventos privados, que incluye la evitación de las experiencias privadas entendidas como nocivas y como la causa del comportamiento. Y lo hace desde muy pronto en la vida. Los hablantes que conforman la comunidad verbal que enseña al niño, a su vez, fueron previamente entrenados para modelar, instruir y moldear numerosos comportamientos que paulatinamente van conformando la construcción social del lenguaje y la cognición humana. Tal proceso de construcción adquiere las características propias del tiempo y los acontecimientos sociales, políticos, religiosos, económicos y tecnológicos que cons-

pondan y, en el marco histórico correspondiente, toma las características peculiares del sistema verbal que paulatinamente pone las bases para generar el autoconocimiento desde la fase más temprana de la vida.

Nuestra comunidad verbal nos enseña desde muy pronto a hablar, nombrar, pedir, seguir las palabras, comparar, pensar, analizar... Y, con ello, sienta desde temprano las bases de la reflexión adulta y el control de eventos aversivos. De modo que los primeros pasos de la cognición humana se generan cuando el niño *vuelve atrás* en su comportamiento, es decir, muestra la bidirección como la base del autoconocimiento, un proceso propiciado por los oyentes más cercanos al niño en primer término (sus familiares y cuidadores), especialmente por la utilidad que representa establecer este tipo de repertorio, tanto para los adultos como para el niño, que conforman un juego ajustado del que ambas partes salen beneficiadas¹¹.

En este proceso los humanos terminan teniendo un amplio entrenamiento en *derivar relaciones* entre palabras, objetos, acciones y disposiciones corporales; es decir, en relacionar eventos donde unos sustituyen a otros y donde las palabras adquieren un valor simbólico. Tal proceso de aprendizaje relacional sienta las bases del autoconocimiento y sus ventajas y desventajas. Ventajas múltiples porque el niño aprende a nombrar, a valorar algo como bueno o malo, a relacionar unas cosas con otras o pensar, a establecer relaciones causales y temporales (por ejemplo, «si ... entonces»), aprende el sí y el no, el aquí y el ahora frente al allí y después, aprende a explicar y a seguir las explicaciones, y actuar en consecuencia para controlar lo que entienda controlable, y muchas cosas más. Como ya señaló Skinner (1974), el autoconocimiento es un tipo de *repertorio especial que se produce por contingencias especiales*. Sin duda, las ventajas que genera

su establecimiento y mantenimiento son suficientes para que tales contingencias especiales hayan sobrevivido a través de los siglos y estén tan inmersas en el sistema verbal. Como se ha dicho, el autoconocimiento es responsable de que el ser humano haya progresado en muchas áreas al incrementar su habilidad para evaluar el impacto de las acciones, para predecir lo aún no experimentado, para aprender del pasado, para mantener, construir y transmitir el conocimiento, y sirve para regular la conducta de otros y la propia.

Sin embargo, las desventajas no se quedan atrás y son, en cierta medida, inevitables. Entre ellas destaca que el humano verbal se verá obligado, de por vida, a sufrir más que si no fuera verbal, aunque también por ser verbal será más feliz que si no lo fuera. Como un ejemplo de desventaja, un humano podrá proyectar un futuro (necesariamente simbólico) más negro que su presente y ello cambiará de signo o aumentará el valor negativo del momento. Así pues, el mismo proceso simbólico implicado en las ventajas está implicado en el sufrimiento humano, lo que significa que el sufrimiento psicológico sólo puede ser entendido en el contexto de la actividad humana simbólica. Como ya hemos señalado, aprendemos a evitar estímulos peligrosos y otros que no lo son pero, por la actividad simbólica o verbal, lo parecen. La cuestión es aprender a discernir cuándo reflexionar, planear o evitar estimulación simbólica son actuaciones útiles que nos sirven para avanzar por el «camino de la vida» que deseamos seguir y cuándo tales acciones se interponen en dicho camino y nos alejan de nuestros objetivos más preciados.

Con el entrenamiento (a) sistemático para la formación del repertorio especial que es el autoconocimiento, están dadas las condiciones para que la persona lo utilice a discreción en función de la

¹¹ Sin que podamos detenernos en este interesantísimo asunto, sí conviene siquiera plantearse por qué los adultos generan las discriminaciones sobre el propio comportamiento, y potencian la actuación sobre las mismas, y las ventajas y desventajas que se derivan para el niño al serle construido

el autoconocimiento, en general, y la evitación de las propias reacciones, en particular (véanse Skinner, 1974; Wilson y Hayes, 2000). En cualquier caso, explicaciones metafísicas, falsamente humanistas o, en general, finalistas no resuelven la cuestión.

El sistema verbal en la medida en que el procedimiento surge no por las contingencias, sino a la vez.

relación oferta-demanda que se establezca entre el sistema cultural y las características del sistema verbal (mental) del individuo en cuestión establecido a lo largo de su historia. Las claves que muestran la actualidad del control de los eventos privados para poder vivir o como signo de salud mental ya han sido analizadas y es momento de adentrarse en las características del lenguaje, de lo verbal, de las relaciones simbólicas, a fin de entender el proceso por el cual *ser verbales nos hace vulnerables*.

El capítulo siguiente está dedicado al lenguaje y sus características, como repertorio que produce tanto el autoconocimiento útil como el autoconocimiento desadaptativo que, con la «ayuda» prestada por ciertos valores sociales sobre la vida, puede terminar por limitarla. Curiosamente será también el autoconocimiento el que permitirá detectar ataduras del pasado en el presente y llegar a resolver o desmontar la parte del autoconocimiento que ha tenido enredada a la persona en una actuación destructiva, nombrada como un trastorno psicológico.

Lenguaje y comportamiento gobernado por reglas

2

«... El sentido del lenguaje está en el sistema al que pertenezca y en el complejo de reglas y juegos de reglas que lo formen, en el modo de seguir un juego concreto y no de figurar una supuesta realidad que no es más que fruto de todo ello. El sistema y sus reglas de juego constituyen el fundamento obvio, la imagen del mundo, el trasfondo recibido sobre el que distingo entre lo verdadero y lo falso.»

Ludwig Wittgenstein

1. LA FUNCIÓN PRIMARIA DEL LENGUAJE

Como
señal

Se piensa que el lenguaje quedó seleccionado —evolucionó— como resultado de que previsiblemente de forma paulatina llegó a generar alguna ventaja adaptativa a la especie. Al nivel más básico, estas ventajas adaptativas debieron de estar instaladas en las contingencias que propiciaban seguridad o supervivencia. Dicho de otro modo, los animales que pueden mantener la seguridad son los que sobreviven y se reproducen, mientras que aquellos que no están seguros no consiguen sobrevivir. El proceso seguido es que cuando hay peligro por medio, un organismo estará en una posición ventajosa si puede responder rápidamente al peligro mejor que si lo hace lentamente. De modo general, podemos establecer que, en lo que al peligro se refiere, los falsos positivos son preferibles a los falsos negativos, ya que a éstos no se sobrevive. Es decir, detectar la señal de alarma y defenderse del peligro que no existe es preferi-

ble a no responder cuando existe algún peligro real, ya que en la naturaleza no suele haber segundas oportunidades. Simplemente, te devoran o no. Y, a menudo, escapar herido genera debilidad y hace más probable que uno llegue a convertirse en la próxima presa.

Por resumir lo que queremos decir, parece probable, de algún modo, que la función inicialmente seleccionada en el lenguaje fuera proporcionarnos un sistema de alarma rápido y supersensible. Cuando los humanos vivían en un mundo donde la comida escaseaba y los depredadores eran legión, este sistema, sin duda alguna, sirvió muy bien como señal de peligro ante la cual reaccionar escapando. Hay, también sin duda hoy en día, ambientes en los que la hipervigilancia es bastante adaptativa (piénsese en la importancia de reaccionar puntualmente a una señal —de alarma—, por ejemplo, en la pantalla de un controlador de vuelos). A pesar de ello, en el mundo moderno no solemos encontrar, amenazando nuestra vida, leones, osos o tigres de los que escapar como lo hacían nues-

tros antepasados. Por ello, en nuestros ambientes actuales más benignos nuestro sistema inicial de alarma continúa protegiéndonos de peligros, como en el pasado, pero también ha terminado por darnos la alarma sobre futuros que sólo podemos imaginar o pensar.

En un ambiente muy peligroso resulta altamente adaptativo no hacer distinción alguna entre el pensamiento y el evento/objeto. Por ejemplo, los primeros humanos cuando oían gritar a otro que se acercaba un grupo de leones por la sabana no habrían tenido ninguna ventaja si simplemente se hubiesen dedicado a «notar que estaban teniendo el pensamiento de que serían devorados». La ventaja del uso del lenguaje lo es sólo en el contexto de responder a la palabra «león» como si uno hubiera visto un león real. Ahora bien, en ambientes benignos en los que la supervivencia no se ve constantemente amenazada, darse cuenta de que los pensamientos son pensamientos, y no son el hecho sobre el que se piensa, añade flexibilidad para responder, posibilitando un amplio rango de opciones de respuestas.

El punto es, en consecuencia, situar el lenguaje, como actividad simbólica, en un contexto que permita flexibilidad y, así, elegir la opción de respuesta más adaptativa como individuos de acuerdo con nuestros valores. Por poner un ejemplo, si se valoran las oportunidades de reforzamiento que a veces produce la interacción social, entonces la señal de alarma de pensamientos como «tengo miedo, será un desastre si voy, me criticarán» se ha de tomar como un pensamiento sobre el futuro que uno está teniendo, diferenciándolo del futuro en sí, flexibilizando, así, las opciones de respuesta por lo que a la persona en cuestión le importe en su vida. No hacer esta distinción lleva a responder a los pensamientos y las sensaciones como si fueran «cosas» reales que «existen» o tienen capacidad de «obrar».

¿De dónde proceden, o en qué condiciones los pensamientos y sensaciones o recuerdos llegan a tener función de alarma o de peligro para una persona? Más aún, ¿cómo es que una persona no distingue entre el pensamiento con señal de alarma y el evento en sí mismo, y actúa literalmente limi-

tando, con ello, su vida? La respuesta a la formación de un patrón de actuación flexible o rígido ante los eventos privados radica directamente en el lenguaje y la regulación verbal, y a ello dedicamos este capítulo.

2. EL LENGUAJE COMO ACTIVIDAD SIMBÓLICA O RELACIONAL

Comportarse verbalmente es una *actividad simbólica*, en cuanto sustitutiva de otros eventos o funciones y, por tanto, entendida como una *actividad relacional*. Esto último significa que las funciones dadas a unos estímulos pueden pasar a otros (Hayes, 1991), y significa que la actividad verbal no estaría definida o limitada (Skinner, 1957) a un tipo concreto de topografía —como la vocal o gestual—, sino que incluye cualquier forma o topografía de respuesta que esté bajo control de los estímulos con función verbal.

El lenguaje —como actividad verbal— acogiera necesariamente la actividad relacional del hablante y del oyente; esto es, un hablante que, al actuar como tal (sin importar la topografía), lo hiciera *con significado*, y un oyente que actuaría como tal al hacerlo *con comprensión* (Hayes y Hayes, 1989). De esta manera, la base de la comunicación verbal es una serie de *relaciones compartidas entre hablantes y oyentes* que son *convencionales o arbitrarias* y que son necesariamente establecidas por los miembros que forman la comunidad verbal de referencia (Skinner, 1957; Winokur, 1976).

Por ello, para entender el sistema verbal de una persona dada en una comunidad verbal dada, se haría preciso conocer su historia o, lo que es igual, sería necesario conocer el tipo de interacciones habidas con los hablantes/oyentes de su comunidad. Esto incluye las múltiples relaciones entre palabras, objetos y otros eventos y la forma de responder a los eventos que tienen funciones verbales.

El autoconocimiento, como hemos señalado con anterioridad, contiene los costos y los beneficios de comportarse simbólicamente, esto es, de la sustitución funcional, de la vuelta atrás y de

la proyección al futuro construido verbalmente en el presente sobre la base de la historia. Se deriva de ello que no hay futuro ni pasado, sino sólo un presente, y es en el presente donde está el pasado y el futuro, ya que éstos sólo existen como eventos verbales o simbólicos (Kantor, 1959; Hayes, 1991).

El hecho de relacionar palabras-objetos-eventos-funciones es el punto clave que revierte del aprendizaje en la comunidad verbal, ya que sus efectos se extienden sobremanera más que cualquier otro efecto de novedad que se observe en organismos no verbales. El aprendizaje del lenguaje origina que las cosas, las palabras, los eventos con los que interactuamos, puedan tener funciones que no vienen dadas por sus características físicas ni por una historia directa de contingencias, sino que proceden de los marcos de relación en los que se incluyen y de las funciones de estímulo (principalmente reforzante, aversiva, discriminativa y motivacional) que alguno de ellos puede haber tenido (incluso de forma muy remota) en la historia del individuo. Algunos ejemplos nos permitirán situar los aspectos centrales del lenguaje para la comprensión de la naturaleza de los trastornos psicológicos.

Una persona que ha pasado por la experiencia de ser testigo de un accidente de circulación indica que no puede describir lo que pasó y que al intentar hacerlo se siente muy mal y no quiere recordar lo ocurrido. Además, su vida se ha ido complicando a raíz de dicho suceso, poco después de aquel episodio comenzó a leer una novela en la que la protagonista realizaba un viaje en coche, y sólo leer o pronunciar su nombre le evocaba la tristeza y la ansiedad del accidente. Ahora apenas sale de casa porque encuentra «carteles de autoescuelas por todas partes» y sólo verlos le hace sentir muy mal. Más aún, tiene miedo a leer libros y se descompone ante los anuncios que tengan que ver con ópticas o gafas porque en el accidente quien conducía llevaba gafas y murió. Si alguien le menciona un viaje o le invita a desplazarse en coche, esto le provoca entrar en un ciclo de ansiedad y tristeza que concluye aislándose de casi todo y sintiéndose cada vez peor.

En este ejemplo las funciones aversivas actualizadas en los carteles de autoescuela, en el recuerdo

del accidente, en los libros, en la invitación a viajar, etc., son funciones adquiridas a través de la relación que estos eventos tienen verbalmente con otros. Es decir, en la historia de este sujeto la palabra «coche» está relacionada con el objeto coche, con las autoescuelas y con los viajes. Además en el accidente murió una persona que llevaba gafas, objeto relacionado con la palabra «gafas» y con la palabra «óptica». Dadas estas relaciones verbales, y dado que uno o dos de sus elementos adquirieron directamente una función aversiva, ésta se ha transferido a través de todos los estímulos siguiendo el marco o tipo de relación entre ellos. Asimismo, la función discriminativa derivada de tales eventos desde la experiencia directa y la historia que daría función discriminativa a la reacción de tristeza y angustia completan la explicación de por qué esta persona se aleja o escapa de todos estos eventos que le resultan aversivos y por qué la acción de escape, en sí misma, contiene propiedades aversivas. El siguiente ejemplo nos ayudará a entender mejor la relación de fenómenos de la que hablamos.

En este nuevo ejemplo, Pedro era una persona muy responsable y amante de su trabajo, para quien la vida giraba en torno a su ocupación en una empresa en la que se sentía feliz, plenamente realizado, competente y considerado. Pedro estaba siempre dispuesto y resuelto a ayudar a quien lo requiriese y tenía un alto nivel de autoestima y muy buen concepto de sí mismo. Pedro tenía familia y amigos que le querían y con los que era feliz, aunque el valor fundamental de su vida era el trabajo. Sin embargo, cuando a consecuencia de una crisis de ventas cerró la empresa en la que trabajaba y perdió su puesto de trabajo, Pedro sintió un profundo vacío en su vida y comenzó a experimentar una profunda tristeza a la vez que reiterados sentimientos de inutilidad y fracaso, hasta el punto de llegar a no saber quién era ni encontrarse ilusionado consigo mismo con lo que tenía en la actualidad (esto es, varias ofertas de trabajo y el cariño y apoyo de su familia y amigos). Esta profunda tristeza y vacío terminaron por conducirlo al casi total abandono de su vida.

El patrón de comportamiento sucintamente descrito en el ejemplo anterior podría calificarse como un patrón depresivo acompañado de una fuerte

crisis de identidad, pero ni ésta ni otras calificaciones explicarán lo más mínimo sobre el origen y desarrollo del sufrimiento al que Pedro se encuentra sometido. De lo contrario, si interpretamos el sufrimiento sobre la base de las relaciones establecidas entre Pedro y su papel en el trabajo, en la familia y en otros ámbitos de la vida, observaremos que dichas relaciones parecen mínimas y estaban casi circunscritas a una única relación: él y su trabajo, sirviendo las consecuencias que de ella se derivaban como operaciones que *establecían funciones motivacionales* para actuar en otros ámbitos de su vida. Al romperse este eslabón (al dejar de trabajar en su empresa), a Pedro le faltó lo principal para «ser Pedro», para «ser él mismo», o «ser quien era», y al faltar su ocupación, su depositario estaría vacío. Las funciones reforzantes dadas a Pedro por «sentirse pleno» (cuando disponía de su trabajo) ya no están presentes, y el sentimiento de vacío estaría «lleno» de las funciones opuestas (si entendemos que la relación entre pleno-vacío es una relación opuesta en la historia de Pedro). La sensación de vacío tendría así funciones aversivas y discriminativas de otras muchas palabras y disposiciones, de acuerdo con su historia personal, como la de *no ser él mismo*, *no encontrarse a sí mismo*, *no reconocerse*, etc. Es más, la sensación de vacío y el resto de pensamientos encadenados cumplirían, a la vez, la función discriminativa correspondiente a su historia: no hacer nada hasta reencontrarse a sí mismo en la confianza de que así volverán las sensaciones positivas que cumplían una función «discriminativa» para dirigir su vida. En este ejemplo las funciones aversivas que tenían los eventos privados que ocurrieron tras el cierre de la empresa fueron indirectas, sin un condicionamiento directo. Es así que la falta de trabajo transformó el valor de los estímulos y eventos relacionados verbalmente.

Los dos ejemplos mencionados señalan que las propiedades que conforman el lenguaje suponen la disposición indirecta de funciones psicológicas a estímulos o eventos a través de las relaciones o marcos que estos eventos pueden tener con otros. Entre las funciones psicológicas hablamos de eventos que son *neutros* y adquieren, por su relación simbólica

con otros en ciertas condiciones, una función *reforzante* o *aversiva* y *discriminativa*; e igualmente se incluye que eventos que *ya tenían una función* (reforzante o aversiva) en ciertas condiciones vean alterado su valor indirectamente, esto es, sin necesidad de la aplicación directa de contingencias.

Estos ejemplos son una muestra del hecho conocido de que podemos encontrarnos respondiendo en una *nueva situación* o *evento como si* tuviéramos propiedades reforzantes y aversivas. Además respondemos discriminativamente a esa reacción —o sea, a nuestro propio comportamiento— de manera que se forman *relaciones arbitrarias conducta-conducta* cuya arbitrariedad —aunque no se viva como tal— responde a la historia socioverbal de cada individuo.

Así pues, tanto para dar razón del *efecto indirecto y remoto de la reacción privada* (un pensamiento, o un recuerdo o una disposición corporal) como para dar razón de la *reacción al propio comportamiento* (a la *reacción privada*), es preciso hacer un pequeño recorrido por las bases experimentales sobre las que se asienta el análisis de la conducta verbal o del lenguaje.

3. RELACIONES ARBITRARIAS CONDUCTA-CONDUCTA Y CONTEXTUALISMO FUNCIONAL

En cierta ocasión, Juana, una joven de 27 años, abrió su correo y encontró una citación para una entrevista de trabajo, lo que le llevó a sentirse mal, a preocuparse y angustiarse al pensar que, cuando acudiera a la entrevista, no conseguiría gustar, y a sentir que no estaba preparada para enfrentarse a la entrevista, de forma que, si acudía, sería un fracaso. Juana reaccionó rehusando acudir a la entrevista con cualquier excusa, y acudió al psicólogo para que le ayudase a tener «confianza en sí misma». Por contra, Luis, un joven de la misma edad, recibió la misma invitación, y aunque también tuvo pensamientos y sensaciones similares a las de Juana, decidió acudir a la entrevista.

De otro lado, una tercera persona podría sentirse bien y acudir a la cita, mientras que una cuarta igualmente podría sentirse bien y no acudir.

Este ejemplo muestra un fenómeno común en el comportamiento humano: *la variabilidad de los significados de las situaciones*. En términos de lo que sentimos ante ellos, de lo que pensamos y de las acciones que emprendemos ante el mismo hecho. Es común que distintas personas respondan de manera diferente ante la misma situación, y que la misma persona pueda responder de manera distinta ante la misma situación en diferentes circunstancias. Esta variabilidad ha sido uno de los principales objetos de estudio, si no el predilecto, de la psicología desde todas las perspectivas teóricas.

En una perspectiva clásica resulta bastante común atribuir la variabilidad del comportamiento humano a la personalidad de cada cual. Desde otros enfoques se precisa que lo que una persona hace está determinado por lo que siente y piensa, mientras que, a su vez, otros puntos de vista teóricos señalan que, a pesar de la correlación importante que se puede observar entre pensar, sentir y actuar, *el sentir y el pensar no son las causas del hacer*, sino sólo comportamientos relacionados arbitrariamente en la historia individual. Desde una perspectiva funcional esta característica de lo psicológico se entiende como producto de la historia de cada persona, de forma que la variabilidad de relaciones entre lo que sentimos, pensamos y hacemos, según dónde, cómo y qué circunstancias, resulta más o menos amplia dependiendo de cada historia individual. Las diferentes «explicaciones» de la variabilidad tienen referentes o marcos explicativos distintos, lo que repercute en el abordaje que se hace desde cada perspectiva en la prevención y cambio de las conductas problemáticas.

En línea con los presupuestos teóricos del conductismo radical y del contextualismo funcional, entendemos que *no sólo el pensar y el sentir son una construcción socioverbal*, sino que *las relaciones entre eventos privados y acciones* —que parecen automáticas— *provienen de interacciones sociales arbitrarias*, dispuestas en la historia individual hasta el punto de que fomentan explicaciones que dan un papel causal a los eventos privados. Cabe, por ello, afirmar que los *eventos*

privados contiguos a las actuaciones no son las causas del comportamiento.

Esta afirmación se justifica de acuerdo con los presupuestos del contextualismo funcional (véase, por ejemplo, Biglan y Hayes, 1996) que resaltan como unidad de análisis *el comportamiento o actuación humana en un marco presente e histórico* y enfatizan un *criterio de verdad pragmático* centrado en la validez de las afirmaciones, en tanto que éstas sirvan para influir en, o controlar, el comportamiento objeto de análisis. Es decir, el criterio de validez se limita a la utilidad que tiene una explicación no sólo para predecir, sino —y es lo esencial— para controlar o *influir* (cambiar) en el fenómeno bajo análisis.

Para nuestro propósito, estos criterios son extraordinariamente importantes, en tanto que no se trataría de describir qué pensamientos y sentimientos se relacionan con ciertas acciones —o, lo que es igual, describir e incluso predecir las correlaciones entre pensar y sentir, o entre sentir y hacer, o entre hacer y pensar—, sino que *lo más relevante para controlar o influir en el comportamiento es dar razón o explicar tanto la procedencia del pensar como del sentir y de las relaciones entre tales eventos.*

En una perspectiva radical, el análisis de las explicaciones científicas sobre el funcionamiento psicológico apela a entender la filosofía de la ciencia como el análisis del comportamiento humano que ofrecen quienes calificamos como científicos. Al hacerlo, establecemos como criterio de validez de las teorías, aquellas que sirvan para controlar y predecir los fenómenos bajo estudio, esto es, que sirvan para alterar el rumbo de las cosas. En este sentido, las teorías que centran las causas de los actos humanos en constructos lógicos sobre la base del lenguaje ordinario metafórico y dualista suponen una barrera para el conocimiento científico del comportamiento si nos atenemos al criterio de influencia o control sobre el fenómeno a explicar como objetivo de tal conocimiento. Las explicaciones dualistas, como las instituciones mente-cuerpo o cualesquiera de sus derivados específicos o actualizaciones que han surgido, han llegado a producir un *estatus causal* de la mente y los con-

ceptos relacionados enraizado tan profundamente en la cultura popular y académica que se ha convertido en la «teoría oficial» sobre el comportamiento humano.

Ahora bien, desde esta perspectiva dualista no es sólo que un acto (ya sea el pensar o el comportarse inteligentemente) termine transformándose en una cosa con existencia propia (y si de un objeto se trata, también ocuparía un lugar en el espacio), sino que, de vuelta, la cosa creada (el pensamiento o la inteligencia, respectivamente) tendría existencia independiente, llegando a utilizarse para explicar la acción en sí misma que dio lugar a su formulación. Se deriva entonces que pensamos en tanto tenemos pensamientos, y nos comportamos exitosamente en tanto tenemos inteligencia. Este proceso se ha denominado *cosificación y reificación* a través del razonamiento circular (véanse, al respecto, Ryle, 1949; Kantor, 1975; Luciano, 1989; Luciano y Hayes, 2001; Pérez-Alvarez, 1997; Skinner, 1953; Macquardale y Meel, 1948; Skinner, 1953).

Las explicaciones centradas en los eventos privados del individuo, entendidos como causas de su comportamiento, se mantienen sobre la base del principio de causalidad contigua, que viene potenciado porque en numerosas ocasiones seguir o ejecutar el plan verbal tiene como consecuencia que el resultado cae entre «lo esperado», y queda potenciado el seguir esas reglas que confirman el tener razón y estar en lo cierto. Así pues, aunque a veces el seguimiento del plan no tenga el resultado esperado, seguirán produciéndose planes o dando razones que sirven para su seguimiento. Más aún, la historia que mantiene tales relaciones, y que mantiene la persistencia en el valor causal de los eventos privados sobre la conducta, es muy poderosa en el entramado cultural y en la historia individual como para competir con éxito contra las evidencias de numerosas acciones que se emprenden sin plan alguno y con las numerosas veces que los planes no alteran un ápice la situación a la que van destinados, o incluso producen dividendos en dirección contraria. No cabe duda de que las contingencias que mantienen la explicación dualista son potentes, y no cabe duda también de que hay

múltiples ejemplos en la vida de cualquier ser humano en los que las planificaciones conducen al resultado proyectado, ofreciendo un apoyo aparente a este modo de entender la naturaleza humana. Sin embargo, esto no significa causalidad, y no ha distraído a numerosos pensadores e investigadores que dirigen su atención hacia un análisis radical (esto es, hacia la raíz) de las relaciones entre conductas concediendo el lugar a los eventos internos que verdaderamente les corresponde (véase Ryle, 1949).

No parece, sin embargo, que la mayoría de estudiosos de lo psicológico se hayan separado de la concepción explicativa dualista y mecanicista asentada en la contigüidad entre los eventos (contigüidad entre pensar y sentir o entre pensar y actuar). Al contrario. La comunidad de estudiosos de lo psicológico parece potenciar tales afirmaciones sobre las causas del comportamiento, aunque los ropajes verbales que se empleen sean distintos según el caso (un análisis sobre este particular puede encontrarse en Dougher y Hayes, 2000, y Chiesa, 1994). Ha sido sólo recientemente cuando la investigación ha podido ir más allá del mero establecimiento correlacional, y se ha ahondado en el análisis de la propia relación correlacional (por ejemplo, pensar a veces precede y a veces no; un pensamiento a veces se sigue y a veces no; en ocasiones, se siguen pensamientos o planes que no se cumplen y a veces sí, etc.).

De lo que se trata, al menos en una perspectiva funcional-contextual, es de explicar la naturaleza humana en la que la arbitrariedad de la función que cumplen los eventos privados es un hecho. Es así que el contenido mental, a veces, se sitúa en un contexto y se tiene en cuenta para la acción, mientras que otras veces no estaría más que de adorno en lo que concierne a una acción particular. No cabe duda de que el ajuste contextual de las relaciones entre pensar, sentir y hacer es un producto seleccionado por las contingencias en tanto que un ajuste único o generalizado sería ampliamente desadaptativo. Muestra de la importancia que la comunidad proporciona a esa arbitrariedad contextual es que temprano en la vida genera las condiciones para que aprendamos que

el contenido de un pensamiento (o lo que se dice, o siente) lo hemos de tener en cuenta y, así, actuar en consecuencia según las circunstancias en las que ocurre.

Consecuentemente, en contraste con las explicaciones centradas en conceptualizaciones mecanicistas o basadas en el principio de la contigüidad, un análisis funcional que pretenda explicar las causas de un comportamiento dado debe proceder estudiando el trazo o recorrido del fenómeno a través de los contextos verbales presente e histórico. Esto significa la aceptación de que las causas de los actos psicológicos, públicos o privados, están en el contexto personal histórico que es constantemente actualizado en las interacciones presentes (Bijou, 1976, 1993; Chiesa, 1994; Hayes y Hayes, 1992; Luciano, 1996; Pérez-Alvarez, 1996; Ribes, 1990; Skinner, 1953).

La conducta, como producto históricamente causado, supone que si, por ejemplo, a una persona le sobreviene un pensamiento de impotencia y un sentimiento de rechazo, esto puede ser la ocasión para que esa persona se comporte de muy diversas formas bajo el plan de controlar esas sensaciones y pensamientos (por ejemplo, tomando un analgésico, culpando a otros, aislándose o floriando). También puede que se comporte sin seguir un plan evitativo. Fuere de un modo u otro, para explicar esta sucesión de eventos es necesario considerar las condiciones históricas que generaron tales pensamientos y los «impregnaron» de función aversiva, así como habría que explicar las condiciones que dieron lugar a una u otra acción y las que generaron un plan o una relación causal entre el pensamiento/sentimiento y la acción. En suma, para explicar la relación entre eventos privados y ejecución se ha de apelar a las condiciones que dieron razón de su origen y de sus propiedades funcionales.

En este sentido, Skinner (1945) señaló el origen social de los eventos privados y destacó la importancia de éstos como repertorios que proporcionan extraordinarias ventajas a la persona. Lo hizo estableciendo cuatro condiciones a través de las cuales los hablantes generan eventos privados: 1) por estímulos privados que correla-

cionan con estímulos públicos accesibles a quienes establecen la contingencia; 2) por respuestas colaterales no condicionadas que correlacionan con estímulos privados; 3) porque algunas respuestas a estímulos privados son descriptivas de la conducta del hablante, y 4) por transferencia o inducción del estímulo o por relaciones metafóricas.

Desde la formulación skinneriana hasta la actualidad, al análisis de los eventos privados se le ha añadido la *naturaleza bidireccional y relacional del lenguaje en condiciones metafóricas* (Hayes y Hayes, 1992; Wilson y Hayes, 2000). Supone una serie compleja de relaciones construidas verbalmente desde un área en la que los eventos son públicos pero que se relacionan con un área privada en la que sólo algunos componentes son públicos. Esto permite contactar con eventos que no están disponibles para la comunidad y dan razón del sentido de afirmaciones como, por ejemplo, «cuando tengo ansiedad es como si tuviera fuego en el cuerpo» o «cuando tengo depresión estoy vacío». Igualmente, permite dar razón del sentido de uno mismo como un *locus* (Skinner, 1974) que se conforma como una abstracción desde múltiples contenidos (pensamientos, recuerdos, sentimientos) y acciones, siendo un proceso sujeto a la derivación de funciones (Hayes, 1984, y véase más adelante en las dimensiones del yo).

Los eventos privados vistos así no serían meramente un coproducto de las contingencias directas relacionadas con la conducta pública, sino que serían un producto de contingencias tanto directas como verbales. El análisis del origen derivado de los eventos privados y de su papel arbitrario en relación a otras conductas —su papel funcional como si fueran estímulos discriminativos o «disparadores» para la acción— tendrá su base en los dos tipos de aprendizaje humano como dos modos de establecer funciones psicológicas: el saber por contingencias y el saber por reglas. Estas dos formas de establecer funciones psicológicas permiten analizar la naturaleza verbal de los eventos privados al hacerlo en el marco del aprendizaje verbal.

4. SABER POR CONTINGENCIAS Y SABER POR REGLAS

El aprendizaje por la experiencia y el aprendizaje por reglas ya fueron diferenciados por Skinner (1969) como los dos tipos de procesos que conducen a la formación de comportamientos y que definen sus características diferenciales, por lo que cabe afirmar que el ser humano aprende a vivir en dos mundos, el de las contingencias directas y el socialmente construido (Hayes y Hayes, 1992).

El saber por la experiencia, o por los sentidos, supone un proceso de aprendizaje sobre la base del *contacto directo con las contingencias*, que genera productos psicológicos que se han denominado conductas *moldeadas por las contingencias de la experiencia* y una *sensibilidad del comportamiento al cambio* en la experiencia. Esto significa que si un determinado comportamiento ha sido moldeado por contingencias, si éstas cambiasen el comportamiento también se ajustaría a las nuevas contingencias. Caminar se diría que es uno de los comportamientos seleccionados por las contingencias, de tal manera que la forma de caminar cambia respecto a la habitual al hacerlo sobre un suelo cubierto de hielo, por ejemplo.

Más complejo (en tanto que requiere a su vez marcos de relación entre palabras y objetos y acciones) es el proceso que se identifica también como moldeado por la experiencia y que se refiere a las descripciones o formulaciones verbales que ocurren tras el contacto con las contingencias experimentadas, para distinguirlas de las formulaciones verbales, afirmaciones o máximas que se dicen sobre la base de lo que otros han dicho y sin contacto alguno con el contenido respecto del cual se hacen tales afirmaciones.

En el conocimiento por la experiencia, las propiedades funcionales de los estímulos que controlan el comportamiento son propiedades adquiridas directamente, de modo que en estos casos *es el contacto directo con las contingencias* el proceso a través del cual los estímulos o eventos adquieren funciones psicológicas. Tal es el caso cuando un sonido adquiere propiedades reforzantes y discriminativas a través de un proceso directo de contingencias.

Sin embargo, el conocimiento del medio, incluida la parte más privada del sujeto, no se limita al modo anterior, sino que también se genera a través de otros modos distintos del moldeamiento por contingencias diferenciales. Es lo que conocemos como *aprender a través de reglas* o fórmulas verbales; o sea, cuando *los eventos o las cosas adquieren funciones desde su relación simbólica —verbal— con otros eventos*. Por ejemplo, una vez dispuesta la equivalencia correspondiente entre el término «monjes budistas» y personas con ciertas características, si alguien dice que «los monjes budistas son gente pacífica», el contacto con una persona que se cataloga como perteneciente a dicho tipo supondrá la presencia derivada de la función (reforzante o aversiva, según la historia personal) de «pacífica», y la actuación en torno a tal persona corresponderá a las propiedades discriminativas que «pacífica» o sus equivalentes pudieran tener en nuestra historia personal. Dicho de otro modo, se vería a los monjes budistas como pacíficos y se actuaría en relación a ellos como corresponda a la historia personal, y todo ello sin necesidad de experiencia directa alguna respecto a los monjes budistas.

Un ejemplo sencillo del valor verbal y, por tanto, indirecto y a veces remoto que «tienen» las cosas que nos rodean y las que situamos en nosotros mismos (lo que acontece privadamente) es el siguiente. Piénsese en la formulación, socialmente extendida, como verdad hasta recientemente —y aún—: «quienes van al psiquiatra o al psicólogo es porque están locos o algo les funciona mal», y también «los locos son peligrosos». Sin información contraria a ésta, es de esperar que si una persona determinada llega a conocer a otra hacia quien, inicialmente, muestra una cierta atracción (es decir, le gusta estar con ella y ha comenzado a interesarse por temas que a ella le interesan) y, llegado el momento, se encuentra con que esta persona «le confiesa» que ha acudido al psiquiatra, su inclinación hacia ella cambie de signo; esto es, comience a «verla» con funciones verbales aversivas, aquellas que según su historia socioverbal proporcionan a lo que se relaciona con acudir a psiquiatras y estar loco. Quizás esta persona no

llegue a entender el cambio en sus sentimientos, e incluso no entienda su reacción ante ellos (por ejemplo, cancelando sus citas con la citada persona y el brote de una repentina inclinación hacia personas, otros temas y otras actividades que se diferencian sustancialmente de los que estaba compartiendo con la primera persona).

Para lo que aquí interesa, tales reacciones serían verbales en tanto que provienen de las funciones derivadas de la persona en el marco de su relación con la psiquiatría y de ésta con la «locura». Pueden hacerse ejercicios similares con otros ejemplos cotidianos; por ejemplo, sobre la procedencia verbal de las respectivas reacciones privadas y públicas ante una persona enferma de sida, a pesar de no haber contactado jamás con la enfermedad; o la reacción privada y pública ante una persona totalmente desconocida que se presenta a las elecciones, pero que es tachada de «izquierdas» o de «derechas»; o cuando se solicitan fondos para potenciar una acción política que alguien valora como muy buena pero cuya valoración cambia cuando llega a conocer que es una mujer quien dirige el proyecto, sin tener más información al respecto. Igualmente, si un partido político presenta un proyecto de ley y alguien comenta que se trata de una ley «conservadora y retrógrada», todas las funciones que pudiera tener «conservadora» y «retrógrada», según la historia individual, se transfieren a tal proyecto y a quien lo ha propuesto.

Lo relevante aquí es, retomando el primer ejemplo, que el significado de la persona que ha acudido al psiquiatra se ha adquirido por una *vía derivada o relacional*; o, lo que es igual, ha ocurrido en ausencia de una interacción de condicionamiento expresa con las contingencias pertinentes. Y lo mismo cabe decir de todos los temas y actividades que cambian su función sin un proceso directo de contingencias. Así, las *funciones* que los estímulos pueden ofrecer pueden ser *derivadas, indirectas y lejanas*, y responden, por tanto, a las funciones que se transmiten de acuerdo con la historia individual.

Una buena parte del comportamiento humano es, en esencia, un proceso únicamente factible por la existencia de un sistema verbal que actúa como tal.

Por tanto, la mayor parte del quehacer psicológico de los humanos está impregnado o filtrado por las funciones verbales, ya que interactuamos con un ambiente (lo que vemos, oímos, tocamos, decimos, etc.) que está cargado de significados en base al aprendizaje individual que nos convierte en seres verbales. Por ello, no es de extrañar que autores de muy diferentes vertientes del saber humano, que van desde la filosofía hasta la literatura, la antropología, la psicología y la medicina, cubriendo la generalidad de las ciencias, hayan coincidido en afirmar —sin conocimiento de los procesos involucrados y mucho antes de que el análisis de la conducta desvelara su naturaleza— algo así como que «todo lo que nos rodea es verbal» incluyendo el concepto de «lo que nos rodea». Kantor (1959) resumía este planteamiento indicando que no interactuamos con los objetos por sus propiedades físicas, sino por las propiedades dadas a los objetos por los miembros que conforman nuestro sistema verbal de referencia, incluyendo los eventos privados. Hasta el punto de que los eventos privados, aunque construcciones procedentes de la comunidad verbal, están tan firmemente asentados en nuestro conocimiento (por reglas) que *no se ven como tales construcciones*, sino que llegan a vivirse tan tangibles como tangible se ve una pelota, o una taza, o el agua (Wilson y Hayes, 2000).

El impacto de las funciones verbales tiene lugar en una etapa muy temprana de la vida, ya que el niño aprende pronto a relacionarse verbalmente con el ambiente formado por los otros y por las cosas que le rodean, e igualmente aprende pronto a dar nombres a las cosas que los hablan-tes cercanos consideran relevantes, aprendiendo finalmente a nombrar metafóricamente ciertos referentes en su organismo, así como a generar la transcendencia o el sí mismo como depositario de cualesquiera experiencias. El proceso a través del cual se establece la experiencia de uno mismo o el sentido de uno mismo es de extraordinaria relevancia en el proceso de formación del autoconocimiento tanto en el plano individual como en el análisis social que de tales experiencias se realice (véanse, por ejemplo, las diferencias establecidas por Gergen sobre los cam-

bios en la construcción del yo a través de los cambios sociales desde el yo de los tiempos modernos a los sucesivos yoes en las contingencias postmodernas, en especial en Gergen, 1991).

Dejando al margen, aunque estando presentes, las sucesivas transformaciones sociales que explican los tipos de yoes característicos de unos momentos históricos a otros, interesa resaltar aquí el proceso ontogénico responsable de las dimensiones del yo; esto es, el proceso a través del cual se construye la *abstracción del yo como un locus o perspectiva o yo contexto*, desde el cual se pueden contemplar tanto el *yo como proceso* como el *yo conceptual o contenidos del yo* (formados socialmente, como son los recuerdos, pensamientos, sentimientos y/o predisposiciones corporales) (Hayes, 1984; Hayes et al., 1999). Por la extraordinaria importancia que el tema tiene como parte esencial del autoconocimiento, retomaremos la formación de las dimensiones del yo o del sí mismo más adelante en este capítulo. Antes hemos de explicar la derivación de funciones en el contexto de la teoría de los marcos de relación.

5. DERIVACIÓN DE FUNCIONES Y LA TEORÍA DEL MARCO RELACIONAL

Para llevar a cabo un análisis de la derivación psicológica tenemos que situarnos en la perspectiva de la *Relational Frame Theory* (RFT) o teoría del marco relacional (Hayes, 1991, 1994; Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001), una teoría reciente que trata de integrar conceptos aparentemente dispuestos como la equivalencia, la conducta gobernada por reglas, la comprensión y otros fenómenos cognitivos. La RFT resalta que el componente central o común en la psicología humana es el lenguaje que está presente en todos los asuntos humanos.

La RFT se centra en el fenómeno de las *relaciones de estímulo derivadas* a fin de dar razón de la especificación de las contingencias y del gobierno de la conducta por las reglas. Asimismo, ayuda a definir la conducta verbal y los estímulos verba-

les funcionalmente, y por tanto proporciona las bases para estudiar los fenómenos entendidos como cognitivos de una forma monista. Consecuentemente, proyecta numerosas vías de investigación, a partir de las ya asentadas en los últimos quince años, para el estudio de los fenómenos verbales y del surgimiento de comportamientos y funciones nuevas sin aparente historia o proceso de condicionamiento directo que los sustente. De acuerdo con esta teoría, el punto central de las actividades humanas complejas implica el *control relacional o simbólico de los estímulos, o sea, el aprendizaje relacional*.

El aprendizaje relacional es el punto clave que define la conducta verbal, dado que responder de forma relacional es *responder a un evento en términos de otro*, y dado que *un estímulo es definido verbalmente cuando parte de sus funciones vienen dadas por su participación en un marco relacional* (Hayes y Wilson, 1993). Debemos analizar, pues, los elementos que explican el carácter simbólico de las relaciones humanas entendiendo que la derivación de relaciones de estímulo es conducta aprendida, lo que nos remite a la especificación del concepto de *operantes generalizadas* (véase Barnes-Holmes y Barnes-Holmes, 2000).

Se entiende una operante como una *clase de respuestas definidas funcionalmente* donde los miembros de la clase difieren en sus características topográficas, pero forman la clase debido a que la contingencia operando ha sido la misma a través de un número suficiente de ejemplos o miembros. Entre tales operantes se identifican la *clase funcional de atención generalizada* (aunque varíe a lo que se atiende), de *imitación generalizada* (dadas las claves precisas, se imitan nuevos movimientos tras el reforzamiento de previas relaciones de imitación) (Baer, Peterson y Sherman, 1967, y McIlvane, Dube y Callahan, 1995) y la *correspondencia decir-hacer* (Luciano, Herruzo y Barnes-Holmes, 2001). De acuerdo con la RFT, una historia similar estaría determinando la formación de una clase operante-relacional generalizada. El punto básico a tener en cuenta es que, dada la historia pertinente, los humanos podemos aprender con facilidad a relacionar eventos arbitraria-

mente y hacerlo de muchas formas posibles, hasta el punto de que estos patrones relacionales aprendidos *se aplicarán a nuevos estímulos* sobre la base de las claves de relación o contextuales generadas históricamente. A partir de convertirnos en seres que relacionan, esa actividad relacional es predominante en nuestra interacción, de modo que al contactar con cualquier evento reaccionamos relacionándolo de algún modo.

Los organismos aprenden a responder a las relaciones entre los estímulos. A veces esta relación entre los estímulos sometida a discriminación es formal, o sea, no es arbitraria (por ejemplo, las llamas del fuego y el calor, o un estímulo más brillante que el otro), y otras veces la relación es completamente arbitraria (por ejemplo, el fuego y la palabra «fuego», o denominar «intenso» a uno de dos estímulos). Este *aprendizaje relacional arbitrario* es determinante en la conducta verbal, ya que establece relaciones entre los estímulos *más allá* de la forma o secuencia de los eventos relacionados, por lo que han de ocurrir bajo el control de otro tipo de claves. Consecuentemente, los organismos pueden aprender a responder relacionalmente a los objetos aunque la relación no se defina por propiedades formales o no arbitrarias sino por otra característica que está presente en diferentes ejemplos o contenidos. La cuestión es, pues, especificar las condiciones que convierten al responder relacionalmente en una operante —generalizada u *overarching*, aplicable arbitrariamente—. Y, como hemos mencionado, el proceso parece similar al responsable de la imitación generalizada que, en ocasiones, se ha denominado como un proceso de abstracción de la clave que controla la relación (Hayes, Fox, Gifford, Wilson y Barnes, 2001).

Por ejemplo, si se ha aprendido a responder a la relación *antes-después* a través de numerosos y variados ejemplos que contienen estímulos o eventos dispares, al aplicar la clave (utilizada para establecer el *antes* y *después*) a dos estímulos distintos a los anteriores se responderá correctamente a la relación de los eventos sobre la base de tal clave («dime que fue antes y que después de esto»). Igualmente, ocurre que bajo la clave relativa, por

ejemplo, a la relación con el «padre» los estímulos se agrupan de modo distinto a como lo hacen cuando la clave es la «madre» y, por tanto, un mismo estímulo pueda tener funciones o significados dispares según el marco de referencia. Los fenómenos bien conocidos de «ver las cosas según las circunstancias» o tener que «colocar las cosas en su contexto para poder entenderlas», o los juegos del lenguaje que estudió Wiggstein, ejemplifican lo que decimos.

La definición de un *marco relacional* vendría a especificar un *patrón particular de respuesta controlada contextual y arbitrariamente aplicable* que tendría ciertas características. Este patrón de respuesta se establece por reforzamiento diferencial de tipos de respuesta a través de numerosos ejemplos, pero en presencia de claves relevantes o contextuales, claves que sólo pueden ser abstraídas funcionalmente si se emplean sistemáticamente a través del reforzamiento en numerosos ejemplos en los que los elementos físicos de los estímulos o el tipo de respuesta cambian de unos a otros. Cuando este tipo de entrenamiento tiene lugar, el organismo no responde al contenido físico, sino al marco relacional, o sea, a las *claves contextuales establecidas históricamente*, de manera que *cundo el organismo responde, su respuesta es enmarcar los eventos relacionalmente* (Hayes et al., 1999).

Debe tenerse muy presente que *el marco* no es un término técnico ni es una estructura, entidad mental o proceso cerebral, sino que se trata de una *metáfora* que se refiere a una característica funcional que es abstraída y puesta bajo control contextual, de modo que llega a ser aplicable arbitrariamente (Hayes et al., 2001, pp. 27 y 29). Así pues, si el hecho de relacionar es una operante aprendida que puede ser puesta bajo control contextual, el número de respuestas relacionales puede ser tan amplio o limitado como haya sido el sistema que llega a generar las operantes en la historia de cada persona.

En síntesis, sobre la base de la investigación realizada en los últimos años, la RFT establece diferentes tipos de marcos relacionales y establece que *aprender a relacionar es una operante gene-*

realizada que reúne las características de otras operantes, habiéndose demostrado experimentalmente que: 1) se desarrolla a través de numerosos ejemplos; 2) muestra flexibilidad (esto es, que las relaciones entre los miembros de un tipo de relación son intercambiables y pueden cambiar las relaciones de sus miembros); 3) está bajo control de estímulos (de modo que la composición de las relaciones entre estímulos está sometida al control contextual, pudiendo los mismos elementos o estímulos formar parte de relaciones distintas sobre la base de controles condicionales); y 4) está sometida al control de las consecuencias como el resto de operantes, de manera que es sensible al cambio de las contingencias para reorganizar los elementos y producir nuevas relaciones (véase una revisión en Barnes-Holmes y Barnes-Holmes, 2000; Hayes et al., 1996, 2001; Dymond y Rehfeldt, 2000; Gómez, 2001; Luciano y Gómez, 2001). Finalmente, la RFT establece que este tipo de comportamiento relacional derivado contiene las propiedades que definen la naturaleza del lenguaje humano. De hecho, en parte de estas características y marcos se centra el siguiente apartado, con el objetivo de evidenciar su importancia en el autoconocimiento y por tanto en el lenguaje y la cognición humanos.

5.1. Marcos relacionales y características de las relaciones entre estímulos

La investigación en los últimos años ha mostrado patrones de aprendizaje relacional, tanto a nivel de los marcos de equivalencia («igual a») como de otros muchos de no equivalencia (por ejemplo, comparación, oposición, temporalidad, causalidad, perspectiva y demás). También se ha señalado que las características estipuladas para los marcos o relaciones de equivalencia (Sidman, 1994) de *reflexividad*, *simetría* y *transitividad* no son aplicables a otros marcos de relación de no equivalencia. Por ello, la RFT propuso un cambio de la nomenclatura para acoger los distintos tipos de relaciones detectadas en el lenguaje y estudiadas en el laboratorio.

Estas propiedades o características son las siguientes, e implican que las relaciones entre los estímulos estarán sujetas a ellas, cualquiera que fuere el tipo de relación: 1) *vinculación mutua o bidirección*; 2) *vinculación combinatoria*, y 3) *transformación de las funciones de estímulos*. De acuerdo con esto, y dado que el aprendizaje relacional está conformando el lenguaje, debemos entender que la naturaleza del lenguaje humano es de carácter bidireccional, combinatorio y sujeto a la transformación de funciones a través del marco o tipo de relación entre los estímulos. Esto es, cuando una persona interactúa con un objeto simbólicamente las funciones del referente están parcialmente presentes en el símbolo y viceversa, pudiéndose, bajo determinadas circunstancias, extender y aplicar las funciones a otros elementos a través de una red de eventos o términos relacionados (Hayes y Hayes, 1992). Nos detenemos en un breve análisis de tales características (véase Hayes et al., 2001).

La *vinculación mutua* entre los estímulos relacionados se refiere a la bidirección entre ellos, sea ésta simétrica o no, o reversión de la relación establecida entre estímulos, de tal modo que una relación entre dos estímulos supone responder a uno en términos del otro, y viceversa (si A se relaciona con B, entonces B se relaciona con A). El tipo de relaciones puede variar, siendo aplicable la vinculación mutua en tanto haya dos estímulos que estén relacionados; es decir, que si A es igual a B, entonces B es igual a A, pero si A es mayor que B, entonces B es menor que A.

La bidirección es especialmente importante cuando ocurre de forma derivada (es decir, debido al entrenamiento explícito en bidirección en numerosos ejemplos), y es especialmente importante, para lo que aquí concierne, respecto de las relaciones arbitrarias que son las que definen el lenguaje (véanse más adelante los tipos de marcos de relación entre los estímulos). La vinculación mutua es una característica del acto de responder relacional arbitrariamente aplicable, de modo que siempre que este tipo de operante no se base en las propiedades formales o no arbitrarias de los elementos en relación, entonces la vinculación mutua ha de ocurrir a través de las claves contextua-

les que históricamente determinen los tipos de relación. Por ello un estímulo puede relacionarse con otros a distintos niveles dependiendo de los tipos de relaciones, y en una misma relación dependiendo del control contextual.

Por ejemplo, dada la historia pertinente que da función a ciertas claves contextuales, si *rosa* se presenta en relación a las flores, se relacionará con claveles y otros tipos de flores; si *Rosa* se presenta en relación a nombres de personas, se relacionará con otros nombres de persona; si *rosa* se presenta en relación a rimas consonantes, se relacionará con *cosa*. E igualmente, dada la historia pertinente, *Rosa* puede estar en relación de igualdad con *Luis* en el marco familiar, mientras que *Rosa* y *Luis* pueden ser opuestos en el marco laboral, pudiendo ser uno de mayor peso que el otro en el marco del peso físico, etc. La vinculación ocurriría en la dirección correspondiente que determina las relaciones en cada contexto y relación entre *Rosa* y *Luis*.

En síntesis, la bidirección o vinculación mutua se aplica a múltiples tipos de relación. Por ejemplo:

- En las relaciones básicas de coordinación (si en Y condiciones A es igual a B, entonces se deriva que en tales condiciones B es igual a A).
- En relaciones de oposición (si A es opuesto a B en X condiciones, entonces se deriva que B también es opuesto a A).
- En relaciones de comparación (si en X condiciones A es más que B, entonces se deriva que en tales condiciones B es menos que A).
- En relaciones de temporalidad (si en Z condiciones después de A ocurre B, entonces se deriva que en Z condiciones antes de B ocurre A).
- En relaciones espaciales (si A está encima de B, entonces B está debajo de A).
- Etcétera.

La *vinculación combinatoria* entre las relaciones de estímulos especifica la multiplicación de las relaciones entre más de dos estímulos; una

multiplicación cuya dirección responde a las relaciones entre ellos, que aplicadas al lenguaje son relaciones arbitrarias y sujetas, por tanto, a control contextual. Básicamente supone que, si en cierto contexto dos estímulos A y B se han relacionado como equivalentes (A es como B en X condiciones), y uno de ellos B se relaciona con un tercero C (B es como C en tales condiciones), y éste con un cuarto D (C es como D en tales condiciones), se derivarán en tales condiciones relaciones indirectas entre tales estímulos: D se relaciona con B y con A, y C se relaciona con A. El resultado es que estímulos sin relación directa alguna llegan a formar parte de un marco relacional que, en este caso, estaría definido por una relación de equivalencia (que incluye las relaciones de simetría, transitivas y de equivalencia entre los estímulos). Sin embargo, la vinculación combinatoria se aplica a cualquier tipo de relación entre los estímulos, desde la de equivalencia o coordinación hasta otras de no equivalencia. Por ejemplo:

- Si en condiciones X A es mayor que B, y B es mayor que C, entonces se deriva que A es mayor que C, y que C es menor que A.
- Si en condiciones Y A es igual a B, y B es igual a C, entonces se deriva que, en tales condiciones, C es igual a A.
- Si en condiciones H A es opuesto a B, y B es opuesto a C, entonces se deriva que en tales condiciones C y A no son opuestos.
- Si en condiciones Z después de A ocurre B, y después de B ocurre C, entonces se deriva que en tales condiciones, C ocurre después de A.
- Etcétera.

La vinculación combinatoria emerge, como producto derivado, más tarde que la vinculación mutua y permite una variedad considerable de productos psicológicos incluidas la relación que establecemos entre estímulos en lo que llamamos «humor» o la relación que establecemos al señalar «no sé qué es o con qué se relaciona» (Hayes et al., 2001). Tal es el caso cuando, de acuerdo con la his-

toria personal, A y B se relacionan en igualdad en un contexto dado y preguntamos en el mismo contexto por la relación entre A y C cuando B y C sólo se han relacionado de forma opuesta en ese mismo contexto. La relación que podría darse es «no sé cómo se relacionan A y C».

Aspectos extraordinariamente importantes en todos los ámbitos de las relaciones humanas generando en unos casos divertimento (podemos caer en la cuenta de lo gracioso de una situación), en otros problemas clínicos y en otros problemas educativos al no saber cómo responder tras una historia de aprendizaje en la que los mismos estímulos han formado parte de relaciones diversas (por ejemplo, genera cuestiones o situaciones ambiguas).

Empero, las características y posibilidades del aprendizaje relacional no acaban en estas dos propiedades, sino que las funciones dadas a un miembro de un componente o estímulo se *transfieren a otros estímulos con los que mantenga algún tipo de relación*. Ésta sería la tercera característica de las operantes relacionales y por tanto la tercera característica que definiría el lenguaje y que se denomina técnicamente *transformación de funciones en el ámbito de la RFT*.

Por ejemplo, si en la historia de una persona, «mente» forma parte de un marco de equivalencia con «cerebro» e «inteligencia» y, en tal persona, tener inteligencia es algo positivo a lo que prestar atención, entonces esta función positiva se transfiere al resto de estímulos a través del marco que define su relación: de coordinación o equivalencia (diría que tener mente es positivo, y al conocer a alguien de quien se dice que «tiene una gran mente», derivaría que también tiene un gran cerebro y esto serviría como un condición discriminativa para prestar atención). Igualmente, de alguien que «no tiene cerebro» esa persona podría derivar que «tampoco tiene mente y que es poco inteligente», resultando poco atractivo para la relación social.

¹ Por ejemplo, en relación a la derivación del autoconcepto, el locus de control, la autoeficacia, las relaciones de correspondencia y no correspondencia, la toma de perspectiva, la motivación (respectivamente, Barnes, Lawlor, Smeets

La transformación de las funciones de estímulo sería el resultado de una función dada a un elemento del marco relacional, y dicho marco indicaría la dirección de la función derivada. La transformación aún tanto la transferencia (cuando la función se deriva a través de un marco de equivalencia, por ejemplo, A es como B), como la específicamente denominada transformación (para cuando la función se deriva a través de marcos de relaciones entre estímulos que no son de equivalencia). Así, cuando un estímulo tiene una función aversiva, y tal función aversiva se traslada o deriva a otros estímulos con los que el primero tiene una relación de equivalencia, se derivaría una transferencia de la función entre los estímulos. Y si el marco de relación que agrupa los estímulos es de comparación, la derivación de la función sería una transformación de la misma a través de la relación de comparación que tienen los estímulos. Si, por ejemplo, el marco entre A, B y C es de comparación en Xn condiciones (esto es, A mayor que B y B mayor que C) y B toma una función aversiva (medido, por ejemplo, por respuesta psicogalvánica), cuando surja A la función aversiva se transformará en más intensa, pero en presencia de C el organismo responderá con menor intensidad.

La investigación en derivación de funciones de estímulo ha analizado las funciones aversivas, reforzantes, discriminativas, de respuestas emocionales condicionadas, de extinción, y autodiscriminativas y motivacionales (véanse revisiones en Gómez, 2001; Luciano y Gómez, 2001; Dymond y Rehfeldt, 2000; Smeets y Zentall, 1996). Cabe destacar los estudios dirigidos al análisis de la derivación de funciones en numerosos contextos psicológicos que se distinguen más por su forma que por disponer funciones distintas a las arriba mencionadas¹.

Un ejemplo que muestra la transferencia y transformación de funciones sobre la base de la bidi-

y Roche, 1996; Visdómine y Luciano, 2002; Gutiérrez y Luciano, 2002; Hernández et al., 2002; Luciano et al., 2000; Valdivia et al., 2002).

rección y la combinación y que reúne diversas posibilidades sería el siguiente (su comprensión se facilita si el lector va realizando un esquema con las relaciones y funciones que se proponen):

Javier sabe (u opina, conoce, piensa...) que «vestir de color rosa» es una característica de sensibilidad (esto es, dada su historia, «vestir rosa es igual a sensibilidad»), y para él la sensibilidad es una propiedad reforzante, de modo que cuando observa a Ángela vestir de rosa nota que le gusta. Si por el contrario «la sensibilidad» se hubiera condicionado para él como una propiedad aversiva, Ángela vestida de rosa no sería del agrado de Javier, y en ambos casos estaríamos ante funciones derivadas por vía relacional. Más aún, supongamos que la sensibilidad tuviera un valor reforzante para Javier pero sólo en relación a mujeres. Entonces, ver a Ángela vestida de rosa tendría propiedades reforzantes y discriminativas para determinadas funciones, mientras que ver a Pedro vestido de rosa podría suponer una sensación o reacción de rechazo hacia él, ya que Pedro está en relación de igualdad con varón, pero varón está en relación de oposición con mujer. En este caso, las funciones relacionadas con sensibilidad son transformadas (de reforzantes a no reforzantes) en ese marco de oposición. El resultado sería que en varones vestir de rosa y sensibilidad sería aversivo, y para Javier, Pedro tendría una función derivada aversiva y discriminativa opuesta a la que tendría Ángela. Dando un paso más, supongamos ahora que «vestir de rosa» está en relación de equivalencia con bailar, y esto, a su vez, se relaciona con olor a rosas. Debido a este marco de relación, para Javier Ángela podría sugerir bailar y oler a rosas, mientras que Pedro sugeriría cualquier otra cosa en oposición a tales estímulos. Por último, el hecho de oír su música preferida para bailar le trae a Javier el recuerdo de Ángela y el del olor a rosas, y también sería factible que oler a rosas mientras pasea por un parque haría que Javier pudiera pensar en bailar y en Ángela.

Es decir, un cúmulo de reacciones ante estímulos nuevos puede llegar a ocurrir con una economía de contingencias considerable, en tanto que el impacto derivado en la formación del repertorio humano es considerable. No significa esto que necesariamente seamos conscientes de los proce-

esos involucrados, sino tan sólo que nuestras reacciones privadas y públicas tienen un alto componente de procesos derivados.

Finalmente, y como ya hemos mencionado, son múltiples los marcos que relacionan arbitrariamente estímulos. Su establecimiento o su ausencia dependen de la historia individual.

5.2. Principales marcos relacionales

Un marco relacional acuña diferentes tipos de aprendizaje relacional. Es un modo de responder relacional aplicable arbitrariamente que muestra las cualidades definidas de vínculo mutuo, vínculo combinatorio y transformación de funciones. El marco relacional proviene o se forma a partir de una historia de contingencias dadas a varios ejemplos que da luz a una operante relacional que queda bajo un tipo particular de control contextual. De todos los marcos relacionales posibles, especificamos nueve tipos de relaciones entre estímulos presentados como familias en tanto que cada uno de ellos, a su vez, incluye numerosos tipos. Siguiendo a Hayes, Fox et al. (2001), se distinguen:

1. El marco o familia de las relaciones de coordinación implica la relación entre estímulos de igualdad, similitud o identidad, marcos autoclísticos de «es» o «igual» o «semejante a». Las relaciones pueden basarse en propiedades no arbitrarias de los estímulos (desplazamiento de objetos: coches, autobuses, aviones, trenes, etc.) sobre las que se asientan relaciones arbitrarias (el nombre dado a cada objeto: coche y la palabra «coche» y el nombre dado a la característica o categoría no arbitraria, por ejemplo, «desplazamiento o móviles»). Los marcos de coordinación se establecen también sobre propiedades arbitrariamente (por ejemplo, «hablar así es de locos, y estar locos es un signo negativo»). Así pues, poner nombres a los objetos o acciones es una relación de este tipo. Las relaciones de coordinación son básicas y las más simples de todas las posibles, siendo las primeras que se establecen como miembros de una comunidad verbal desde muy temprano en la vida.

2. El marco de relaciones de oposición implica responder a claves de oposición entre estímulos, y en el proceso de socialización parecen producirse algo después que las relaciones de coordinación. Parece necesario que si establecen relaciones de «igualdad o semejanza», a la par o inmediatamente después, se hayan de establecer las relaciones de lo que *no es igual*. Las dimensiones a través de las cuales se establecen las relaciones de oposición ocurren, como en las de coordinación, tanto en el plano de las características físicas o no arbitrarias (caliente-frío) como de las arbitrarias (bonito-feo). El marco relacional de oposición incluye la dimensión respecto de la cual se establece la oposición (por ejemplo, temperatura o apariencia). Por ejemplo, si frío es lo opuesto a caliente y caliente es lo opuesto al hielo, entonces hielo y frío son similares.

3. El marco de relaciones de distinción supone responder a un evento en términos de sus diferencias con otro en alguna dimensión, pero sin llegar a establecer un marco de oposición. Esto es, se trata de especificar diferencias pero no opuestos. Siguiendo el ejemplo de oposición entre frío-caliente, en el marco de distinción cabría incluir «no hace frío» sin que ello signifique que «hace calor» como ocurriría si una persona sólo dispone de un marco de oposición.

4. El marco de relaciones de comparación implica responder a un evento respecto de otro sobre la base de alguna dimensión cuantitativa o cualitativa (por ejemplo, mejor-peor; más-menos). Se incluye en este marco o familia de relaciones cualquiera de las dimensiones físicas de comparación (sea tamaño, velocidad, textura, apariencia, y otros). Un ejemplo sería: si Pedro trabaja dos veces lo que trabaja Luis y Luis trabaja dos veces más de lo que trabaja María, se deriva que Pedro trabaja cuatro veces más que María.

5. El marco de relaciones jerárquicas son relaciones entre estímulos y los atributos de un evento o estímulo en cuestión. Son relaciones que comparten el patrón básico de comparación. La fórmula típica es «A es un atributo o un miembro de B», de modo que se establece una relación entre componentes y atributos que pertenecen a un conjunto o evento. Por ejemplo, «María es abuela»

generará respuestas ajustadas a María sobre la base de los atributos a la clase «abuela» a la par que podría derivar atributos desde María hasta la clase «abuela». Otro ejemplo es que si se dice que Joaquín es el padre de Miguel y Luis, se puede derivar que los últimos son hermanos. Las relaciones jerárquicas son claves en el establecimiento de las relaciones verbales a las propiedades abstractas del ambiente no arbitrario, por ejemplo, en el caso de las relaciones jerárquicas «el todo y las partes» o «atributos de... algo» (en los atributos al yo según la historia individual, véase p. 60).

6. El marco de relaciones temporales comparte el patrón básico del marco comparativo. Se distingue, por un lado, la relación temporal en un sentido no arbitrario, unidireccional y especificado por el cambio en las contingencias. Por otro lado estaría la abstracción de las dimensiones físicas sobre la base de marcos comparativos tanto temporales como causales en un marco verbal que se asienta en actividades metafóricas. Por ejemplo, generar una relación entre pasado-presente-futuro no es igual que una mera relación comparativa de tamaños (pequeño-mediano-grande). De hecho, surge posteriormente en el desarrollo (véase, p. 59). La formación de relaciones temporales «antes-ahora-después», «ayer-hoy-mañana», y relaciones causales «si antes esto, después esto otro» centra la atención de este marco de relaciones tan fundamental para entender tanto la eficacia del ser humano en la planificación de actividades como las patologías que tienen en la base dificultades en el marco temporal en tanto que lo que se denomina «pasado y futuro», únicamente presentes a nivel verbal, no se distinguen precisamente como fenómenos verbales.

7. El marco de relaciones espaciales se refiere a las relaciones que tratan de la situación de los objetos o aspectos de éstos en el espacio, en relación unos de otros, como arriba/abajo, el frente/el dorso. Las relaciones espaciales no arbitrarias quedan organizadas verbalmente en el proceso de socialización, resultando en un tipo de relaciones que permite la organización ordenada de elementos y eventos sobre la base de la abstracción de claves espaciales de creciente complejidad.

8. En el marco de relaciones de condicionalidad y de causalidad, están presentes las relaciones comparativas y jerárquicas. Por ejemplo, si se dice «A causa B y B causa C», vía un marco comparativo, se derivaría que «A causó C y C fue causado por A». Sin embargo, vía un marco jerárquico, se derivaría que «B fue causado sólo por A, pero que C tuvo como determinantes a ambos, A y B». Es decir, que se construye una jerarquía de relaciones causa-efecto precisa que va más allá de la establecida por el marco comparativo. El mismo análisis ocurre cuando se aplica a las relaciones condicionales tales como «si..., entonces...». La relación de causalidad implica la construcción de causas atendiendo a numerosas relaciones no arbitrarias y arbitrarias (por ejemplo, secuencias o contigüidad temporal, manipulaciones, ideas culturales, y otras relaciones). Por ello, la causalidad en sí misma no es una dimensión física. No obstante, sea cual fuere el criterio causal utilizado, el marco de causalidad (también modelo causal) deriva relaciones entre los elementos implicados.

9. El marco de relaciones «deictic» como la perspectiva del hablante. Este marco de relaciones establece una constante como la clave desde la que el individuo establece relaciones. Entre las relaciones que componen ese marco de perspectiva destacan la abstracción que se produce a través de la discriminación en numerosas ocasiones de relaciones básicas como «derecha/izquierda», «yo/tú», «aquí/allí» y «ahora/entonces». Todas estas relaciones contienen una relación entre la persona y los objetos que forma parte de los repertorios de toma de perspectiva. Todos estos repertorios resultan ser condiciones críticas para la construcción del yo como perspectiva, como contexto de todos los contenidos y procesos verbales y, consecuentemente, como trascendencia (véase Hayes et al., 2001). La importancia de este marco de relación (que surge más tarde en el proceso de socialización que otros ya mencionados) es de extraordinaria importancia en la explicación y, consecuentemente, en el tratamiento de los trastornos psicológicos, que contienen dificultades para diferenciar el yo como un contexto de cualquier contenido y proceso. Por ello, el análisis de este mar-

co de relaciones, que engloba los anteriores, es el objetivo del siguiente apartado.

5.3. La formación de las dimensiones del yo o del sí mismo

Tan pronto el bebé está en el mundo, comienza el proceso de socialización, y en ello está el aprendizaje de numerosos repertorios relacionales que paulatinamente confluirán en la emergencia de tres dimensiones del yo. Estas tres dimensiones se refieren a: 1) el yo como el contenido de relaciones verbales; 2) el yo como un proceso en marcha de las relaciones verbales, y 3) el yo como el contexto de los contenidos y procesos verbales (Barnes-Holmes, Hayes y Dymond, 2001).

Las dimensiones del yo (Hayes, 1984) son una construcción socioverbal cuyas características responden a la historia específica de cada persona desde niño. Parte del proceso de su construcción social se centra en la formación de varios marcos de perspectiva, que, a su vez, se asientan en otros marcos de relación más básicos como los indicados en el apartado anterior. Por hacer una breve historia, el bebé al nacer ya tiene un nombre, digamos Pedro. Desde ahí, los padres o quienes con él interactúan se dirigirán a él con ese nombre, donde la palabra yo, el nombre del niño, y señales hacia él como aquí se contraponen al tú, papá/mamá, y señales hacia lo que está frente a él como el allí (esto es, Pedro-yo-aquí en el contexto del tú-papá/mamá-allí) (véase Luciano, 1996). Estas relaciones básicas de toma de perspectiva se generan a través de numerosos ejemplos en los que varían múltiples componentes físicos mientras permanece lo que se llegará a abstraer como yo y aquí. Desde muy temprano el niño es preguntado e incitado a responder a numerosas preguntas que son las condiciones que determinan la toma de perspectiva, inicialmente, del yo-tú y aquí-allí. Por ejemplo, el niño es incitado a responder en múltiples ejemplos hasta que tras un número suficiente de ellos contesta bajo esas claves en nuevos contenidos, un fenómeno que ocurre muy temprano (véanse Lipkens, Hayes y Hayes, 1993; Luciano, Gómez y Rodríguez, 2002). Preguntas tempranas

como: ¿Qué es esto? ¿Dónde está X, dónde está Pedro, dónde está mamá? ¿Qué hace mamá, qué haces tú, Pedro? ¿Quién hace X, quién hace Z?, y otras muchas preguntas en la misma dirección (como todas aquellas que sitúan múltiples acciones y experiencias, por ejemplo ¿qué ves, qué sientes, qué haces, qué comes, qué tocas, qué oyes?), se producen manteniendo en todas ellas un contexto, el de Pedro-yo-aquí dando lugar no sólo a la discriminación y denominación de múltiples experiencias, sino a la abstracción del yo ligada al aquí en el contexto del tú ligada al allí. En otras palabras, se conformaría el focus del yo como una abstracción (véanse las sucesivas fases para la abstracción del yo en Hayes, 1984, y retomado en Kohlenberg y Tsai, 1991; también en Luciano, 1996).

Casi paralelamente en el proceso de socialización, a la perspectiva del yo-tú y aquí-allí se une un referente que sitúa al niño en el tiempo psicológico, el «ahora, antes y después» o «ahora y después». Preguntas como «¿Qué estás haciendo ahora?» «¿Qué harás después?» «¿Qué has hecho?» y «¿Qué estoy haciendo ahora? Luego haré X, ¿qué haré después?». Y un paso más será el asentamiento de la discriminación del propio comportamiento en términos de, por ejemplo, lo que dije que haría, lo que he hecho y si he hecho lo que dije que haría (Luciano, Barnes-Holmes y Barnes-Holmes, 2002). Un paso posterior sitúa ya la discriminación del propio comportamiento en función de diferentes contextos o momentos. Por ejemplo, dije que haría X si ocurría A, pero dije que haría Z si ocurría B, y las sucesivas discriminaciones al respecto (véanse detalles en Barnes-Holmes, Hayes y Dymond, 2001).

El yo conceptual o el yo como contenido. Se forma al responder a numerosas preguntas que circunscriben los eventos que la comunidad entiende como internos o privados y en relación a numerosas facetas de la vida y de uno mismo en ella. Lo que pensamos, lo que sentimos, lo que creemos, lo que opinamos, lo que criticamos, lo que soña-

mos, etc., son respuestas a preguntas que acaban situando lo que pensamos en el interior de uno y responden a las variables de control que lo hayan establecido (véanse las vías a través de las cuales la comunidad enseña estos contenidos y las variables que los controlan en Skinner, 1945; Hayes y Wilson, 1993). Incluye el proceso social involucrado en la formación de los conceptos de autoeficacia, de locus de control y sus respectivas valoraciones, de manera que, como señalábamos al principio, apenas nada escapa al conocimiento verbal. De este modo, los miembros de la comunidad verbal que enseñan a un niño estos eventos y las condiciones que los controlan son determinantes para la conformación de yoes adaptativos o problemáticos. Genéricamente, el contenido del yo incluye evaluaciones y razones, y está amarrado a las contingencias sociales que determinan que es apropiado para según qué circunstancias y que facilitan, o no, que los contenidos que se sitúan en el yo, aquí y ahora cambien y se vean en el marco del allí y entonces. El proceso es una acumulación de contingencias y referentes de control (desde referentes públicos hasta privados), y el resultado puede ser variopinto (véase Kohlenberg y Tsai, 1991).

El yo como un proceso verbal. Aprender los procesos que la comunidad verbal entiende como importantes es una parte del entrenamiento que ocurre a la par que se forman las relaciones entre una serie amplia de eventos entendidos como sensaciones, predisposiciones, pensamientos, etc. Discriminar éstos del proceso de sentir, de pensar y otros es importante en nuestra vida social; por eso la comunidad tiene interés en enseñar estos procesos desde muy temprano en la vida. Vivir en sociedad implica ser sensible y responder a las preguntas que aquella demanda y sobre las cuales se asientan muchas de las decisiones que se toman (por ejemplo, «¿estás pensando que...?», «¿quieres o no...?», «¿qué sientes?»). Así, es necesario aprender a responder sobre nosotros mismos en los términos que la sociedad entiende, y esto supone responder a las categorías emocionales y de otros eventos importantes en la vida personal.

El yo como contexto (el yo que trasciende). Proviene de los marcos de perspectiva, de manera que a base de practicarlos se produce la transcendencia del yo. Una vez que está establecido, ocurre que siempre que se habla se hace desde la perspectiva del YO localizada AQUÍ y AHORA, una perspectiva que es siempre cierta, consistente y predecible. Mientras que el hablante siempre es YO, de lo que el hablante habla está situado ALLÍ y ENTONCES. Ese yo-como-contexto es el sí mismo que está siempre «como detrás» de cualquier contenido, que siempre está ahí al cambiar el proceso y el contenido verbales. Ese yo transcendente no tiene límites, y como cualquier cosa tiene límites, ese sentido del yo trasciende el tiempo y el espacio. Es el yo que siempre que yo voy está aquí, que es estable y constante y desde el cual cualquier contenido y proceso verbal es admisible.

En resumen, el conocimiento adquirido a través del lenguaje es el aspecto esencial del ser humano, ya que la mayoría de las interacciones humanas «se ven» a través del filtro de las funciones verbales. Este saber o conocimiento por reglas (o mental) tiene una raíz derivada o de contacto indirecto con los eventos respecto de los cuales la persona reacciona (Hayes y Hayes, 1992), y resulta esencial conocer cuáles son sus características, principalmente porque regula el aprendizaje de los eventos privados y por su impacto para regular el comportamiento.

5.4. Implicaciones del aprendizaje relacional en el autoconocimiento y los contextos verbales implicados

La importancia del autoconocimiento y las características del aprendizaje relacional nos han llevado a considerar algunos de los marcos relacionales y las propiedades de bidirección, combinación y transformación de funciones que, como características básicas (simbólicas) del lenguaje, lo serían también de los seres humanos verbales. En estos marcos y sus características radican los puntos que conforman el autoconocimiento, esto es, que la propia conducta tenga funciones verbales y

que se responda a tales funciones con más o menos perspectiva del contenido de los eventos privados. Son así la base del autoconocimiento con sus importantísimas ventajas y también notorios costes.

Esto es, una rata o una paloma pueden responder a la función aversiva de un estímulo dado (por ejemplo, la luz o sonido que preceden al *shock*), pero no pueden transferir la función aversiva a los «informes» de que tal evento ha ocurrido. Si enseñamos al animal a discriminar si ha sido o no expuesto a una contingencia de castigo, su «informe» no contendrá las funciones del *shock*. Es decir, su respuesta (como si se tratara de un «informe») no adquirirá propiedades aversivas debido a que el informe sigue al *shock* (de ahí la dificultad de producir condicionamiento con el paradigma hacia atrás) y, por tanto, no tiene propiedades discriminativas para responder al propio comportamiento (Wilson y Blackledge, 2001).

Sin embargo, la bidirección y la combinación de las relaciones simbólicas propias de los humanos permiten la transformación de las funciones tanto hacia adelante como hacia atrás. Así, en los humanos verbales la descripción o el informe de un evento aversivo tiene funciones aversivas discriminativas (a las que inevitablemente el sujeto responde).

Utilizando un ejemplo bien conocido como es el comportamiento comúnmente denominado autocontrol, éste no se puede establecer sobre la base de operantes discriminados, ya que una paloma puede «informar» de las consecuencias contingentes a sus respuestas, pero dicho «informe» no altera la función de los estímulos cuando tiene nuevamente que elegir entre picar para mayor o para menor reforzamiento. Sin embargo, en los humanos, *informar*, por ejemplo, «si hago X tendré 5 y si hago Z tendré 1», puede *cambiar las funciones* discriminativas y conducir a que el sujeto escoja hacer X. La explicación funcional de un hecho tan conocido se encuentra en que el informe está bidireccionalmente relacionado con esa situación (Wilson y Hayes, 2001), o sea, que la situación de hoy se conecta verbalmente con una contingencia (Luciano, 1992).

La transformación de funciones está en la base del comportamiento que se califica como *auto-control*, en tanto que cambia el valor de los estímulos presentes al hacer posible una acción distinta. Por ejemplo, apagar el cigarrillo, cuyas consecuencias aversivas están filtradas por la probabilidad reforzante y demorada a un plazo más o menos largo (evitar el cáncer de pulmón, por ejemplo), enlugar de la acción contraria (fumar) seguida, por ejemplo, de consecuencias reforzantes inmediatas pero con consecuencias aversivas probables a medio o largo plazo. Por ello, la transformación de funciones vía bidirección y combinación permite insensibilizarse a las contingencias más inmediatas.

Resumiendo, las características de bidirección, combinación y transformación de funciones dan razón de que: a) una persona experimente malestar ante eventos o circunstancias que están remota e indirectamente relacionados con estímulos que formaron parte de una interacción aversiva; b) el recuerdo aparezca cargado de funciones aversivas, de modo que la persona sienta *como si la experiencia aversiva estuviera presente* (y realmente lo está, aunque sólo psicológica o simbólicamente); c) la reacción a un recuerdo con función aversiva tenga propiedades discriminativas explicando cómo es que, a veces, se reacciona a la propia conducta (al recuerdo) como si estuviera ocurriendo o bien se ven los recuerdos como recuerdos y nada más, y d) también darían razón de por qué cuando una persona se siente mal los eventos que concurren y que tenían una función positiva se ven transformados en su valor, quedando atrapados por tal estado motivacional.

Con las características arriba mencionadas, una persona reacciona deliberadamente al propio comportamiento siguiendo diferentes pautas que vienen dadas por su propia historia de relaciones conducta-conducta. O sea, que ante un recuerdo desagradable, habría quien lo viviera como si estuviera ocurriendo (sin distancia entre el yo contexto y los contenidos, o sea, sin tratar al pensamiento como un mero pensamiento) y, por tanto, viviéndolo como un hecho con el que hay que acabar. En su intento de alejarse de tal recuerdo aver-

sivo podría beber alcohol o consumir otras drogas, podría disociarse, alucinar, dormir, rumiar sobre ello, agredir, delirar, etc. También podría ocurrir que de acuerdo con su historia una persona tuviera el recuerdo desagradable, lo notara como tal desde el yo contexto y centrado en lo que le importa en su vida y ese recuerdo no llegase a ejercer una función discriminativa para actuar en dirección limitante.

Las características del lenguaje humano representan las ventajas y desventajas del autoconocimiento. *Ventajas* porque permiten recordar y disfrutar del recuerdo, permiten pensar y reflexionar o analizar lo hecho, permiten diseñar proyectos y el larguísimo etcétera que nos caracteriza a los humanos. *Desventajas* porque las mismas propiedades de bidirección, combinación y transformación de funciones proporcionan sufrimiento añadido en momentos de penalidades por las funciones verbales que añaden: los recuerdos, a veces, insospechados traen las funciones aversivas, y el análisis y la reflexión pueden conducir a juicios y análisis de nosotros mismos que nos hagan sufrir, pueden colocarnos ante la oscura perspectiva de un futuro transformando en peor la función de lo presente, y también el larguísimo etcétera que representan las posibilidades de miseria humana. Características, en fin, por las que el ser humano está condenado a sufrir pero que, por ello mismo, le habilitan también para elegir qué hacer ante eso. Dicho de otro modo, puede elegir responder a sus reacciones verbales de un modo o siguiendo una estrategia u otra. Esta opción está inmersa en la derivación de funciones que posibilita la regulación verbal o la conducta gobernada por reglas, por unos u otros planes o estrategias (Hayes y Wilson, 1995). En este asunto, hemos de especificar varios *contextos verbales* que permiten establecer y mantener las relaciones verbales conducta-conducta y que remiten a las características del aprendizaje relacional —el lenguaje— previamente abordadas. Son el contexto de la literalidad, el contexto de las valoraciones y los contextos de dar explicaciones o formular causas y de la regulación social de las causas determinantes para entender los tratamientos psicológicos (véase p. 84 para una explicación detallada).

El *contexto de la literalidad* es el que establece y mantiene las relaciones verbales en su significado literal, y viene dado por los marcos relacionales de coordinación o equivalencia. La literalidad es responder a un evento en términos de la relación que tiene con otro, fenómeno que se asienta en la bidirección, la combinación y la transformación de funciones, que es lo mismo que decir que los humanos responden a las palabras *como si fueran las cosas de las que se habla*. La literalidad es una ventaja en ciertos recorridos de la vida, pero no lo es necesariamente en otros (véase capítulo 3).

El contexto de literalidad acogería las *valoraciones* de lo que aprendemos a discriminar como el mundo interno o privado, estando, por tanto, igualmente sujetas a las características mencionadas y resultando de un gran valor en ciertos contextos pero destructivas en otros. Por ejemplo, en tanto que las valoraciones y contingencias que se han provisto a algunas de las palabras o acciones del individuo pueden transferir y transformar su impacto al yo, su efecto podrá ser limitante cuando una persona no haya aprendido a distinguir entre el yo-contenido o conceptual (el pensamiento que se tiene) y el yo-contexto (como la perspectiva desde la cual se tiene el pensamiento), o bien si no ha tenido la oportunidad de conformar el yo perspectiva y, por tanto, no se diferencia el sí mismo de los contenidos en cada momento ni del proceso expreso de la reacción de pensar, de sentir o cualesquiera otras.

El *contexto de dar explicaciones* supone el establecimiento de marcos de relación temporales, espaciales y causales, que en el caso que nos ocupa relacionan arbitrariamente la cognición y la emoción como si fueran las causas de las acciones. Esto da paso inevitable al *contexto del control de las «causas»*. Por un lado, la comunidad proporciona las contingencias precisas para proporcionar razones de lo que se hace, de modo que no sólo aprendemos a dar razones o explicar lo que hacemos, pensamos o sentimos, sino que aprendemos también a dar las «mejores» razones que justifiquen nuestro comportamiento. El círculo queda cerrado porque paralelamente la comunidad propicia la regulación del comportamiento sobre las causas estipuladas, que para el tema que nos

ocupa no es otro que el contexto verbal del manejo o control de los pensamientos y sentimientos para cambiar la conducta.

El *contexto verbal del control* de los eventos es el colofón que engloba los contextos previos. Se refiere al contexto histórico de cada persona en el que se ha generado un control de la conducta sobre la base de reglas que predicen algún resultado al comportarse de acuerdo con ellas. El proceso histórico que conduce al comportamiento gobernado por reglas es el *proceso evolutivo de socialización* y es, por tanto, necesaria la existencia de hablantes interesados en fomentar *comportamientos regulados* en los niños hasta que éstos se convierten en hablantes y oyentes en la misma piel. En esta conducta dirigida por fórmulas, que incluyen procesos para obtener fines probables y valores genéricos, es donde reside el *comportamiento deliberado (voluntario)* y donde se hacen *esenciales los valores que se van construyendo a lo largo de la vida como guías de nuestra actuación sobre la base de las contingencias directas de reforzamiento y sobre la base de la derivación*. La conducta gobernada por regla —como clases de relaciones conducta-conducta— entra en juego para analizar cómo se gestan o bajo control de qué condiciones o fines verbales ocurren las distintas relaciones entre pensar, sentir y actuar.

6. EL COMPORTAMIENTO GOBERNADO POR REGLAS (CGR) COMO RELACIONES CONDUCTA-CONDUCTA

La regulación verbal o el comportamiento gobernado por reglas como relaciones conducta-conducta es un recorrido esencial para entender la cognición humana. Este recorrido incluye describir los tipos de regulación que ocurren durante el proceso de socialización y que confluirían en la formación de los denominados estilos personales o patrones de personalidad. No obstante, el análisis de esto último sobrepasa los objetivos de este texto.

La regulación verbal como formación de relaciones conducta-conducta (Hayes y Brownstein, 1986) se asienta en las relaciones históricas que establecen la regulación del propio comportamien-

to, y esto significa contemplar las contingencias que ajustan distintos tipos de regulación verbal o conductas gobernadas por la regla. Se trata asimismo del análisis de las condiciones en las que pueden ser alteradas o rotas las relaciones conducta-conducta o, en otras palabras, de cómo puede cambiarse el patrón de comportamiento que está bajo el control de reglas.

Supónganse los siguientes ejemplos. Un empresario planifica qué hacer para aumentar las ventas de su empresa y lo hace. Un cirujano piensa que «hoy es un buen día para hacer operaciones» y se dirige decidido y confiado al hospital y lleva a cabo con éxito todas sus intervenciones. Una persona harta de soportar a su vecino decide decirle lo que piensa de él y acude en su búsqueda. Uno se levanta contento por la mañana pensando que es un día especial para trabajar, tras lo cual insiste en hacer más trabajo que nadie. Estos ejemplos son comportamientos regulados verbalmente y podrían dar la impresión de que pensamientos y sentimientos son las causas de lo que hacemos. Sin embargo, para no caer en el equívoco genérico de transformar las relaciones correlacionales en causales, en el marco del análisis de la conducta verbal que nos ocupa, *la relación entre conductas no se entiende sobre la base de la contigüidad, sino sobre la base de la actualización, en unas circunstancias determinadas, de la función discriminativa provista por la historia de una persona a ciertas claves con contenidos verbales dispares.*

El término *comportamiento gobernado por reglas*, que aquí elegimos como término equivalente a *regulación verbal*, es el originalmente acuñado por Skinner (1969) para diferenciarlo del comportamiento moldeado por contingencias. Una regla (entendida como una fórmula que describe relaciones, por ejemplo, del tipo «si..., entonces debo hacer..., y ocurrirá...») que actúa como variable de control para una acción en ciertas condiciones sería un ejemplo de relación arbitraria conducta-conducta. Las fórmulas verbales llegan a tener control discriminativo siempre que en la historia del individuo se hayan producido interacciones suficientes para formar los marcos relacionales pertinentes (Hayes y Hayes, 1989; véase tam-

bién p. 57). El comportamiento gobernado por reglas define un tipo de control verbal-discriminativo entre la regla y la acción, que en ocasiones genera *ajustes a las contingencias naturales* y que en otras ocasiones muestra una *insensibilidad* a ellas con un resultado de desajuste para lo que pudiera ser efectivo para la persona. El contenido de las reglas puede adoptar diferente forma y extensión (desde meras instrucciones hasta sugerencias, insinuaciones, órdenes, razones, etc.), aunque siendo éste un aspecto interesante carece de sentido a nivel funcional. La clave está en el control funcional que ejerza cualquier contenido de una regla según el contexto en el que se inserte. Como es harto conocido, un contenido verbal público o privado puede tener diferente valor entre sujetos y, para el mismo individuo, el contenido puede tener diferentes significados según las circunstancias en las que se produzca. Por ello es irrelevante en un análisis funcional dar un énfasis diferencial a los contenidos per se. La clave es la función que cumplen, por lo que carecen de sentido —si de cambiar el comportamiento se trata— los intentos por clasificar y analizar los comportamientos sobre la base de su topografía o contenido. Además, las relaciones conducta-conducta son *operantes* y, por ello, los episodios aislados de conducta no son de interés funcional (Chiesa, 1994). Por tanto, cumplen las características de cualquier operante que se resumen en que la operante tiene un desarrollo que ocurre a través de numerosos ejemplos en el tiempo, muestra flexibilidad, y control-contextual, y sus componentes están bajo el control de las consecuencias que definen la operante (Hayes et al., 1996, 2001; véase p. 54).

El contexto socioverbal de cada individuo es el que determina las características del proceso de socialización, sin obviar que los hablantes en tal proceso también son oyentes en el contexto social de referencia. De este modo, las características de las relaciones que puedan establecerse entre conductas (por ejemplo entre decir y hacer, entre sentir y hacer, entre pensar y sentir, entre pensar y hacer, entre hacer y decir) serán estrictamente individuales y se conformarán a través de numerosos y distintos ejemplos de una relación conducta-

conducta hasta que nuevos contenidos cumplan una función de regulación para la acción (por ejemplo, véase tal proceso en la regulación decir-hacer en Luciano, Herruzo y Barnes-Holmes, 2001).

Hayes, Zettle y Rosenfarb (1986), y Hayes, Gifford y Hayes (1998) han diferenciado varios tipos de *regulación verbal* que conforman el proceso de socialización del niño. De su propia naturaleza se sigue que los tipos de regulación verbal que han sido identificados requieren de las interacciones verbales del niño en el medio social, lo que ocurre paralelo a la formación de los diferentes marcos de relación ya señalados. Son, pues, los hablantes quienes conforman los repertorios de oyente en el niño, y, por tanto, esas interacciones serán las variables determinantes para el repertorio de regulación verbal del niño/adolescente/adulto con todas las implicaciones que de ello se derivan en la construcción de la vida personal. El resultado en la vida adulta muestra la amplia variabilidad que ofrece la forma de ser de la gente, que resulta tan variopinta como variopintas hayan resultado ser las contingencias provistas en el sistema socioverbal de referencia. Precisamente, el estudio de la variabilidad de tal proceso verbal y del resultado producido permitirá el aislamiento o diferenciación funcional de los tipos de estilos cognitivos o patrones personales de funcionamiento que forman el objetivo de estudio de la psicología de la personalidad, algo que aún apenas ha sido abordado en una perspectiva funcional.

Los tres tipos de regulación verbal o de comportamientos gobernados por la regla (CGR) diferenciados de un modo genérico son los siguientes: 1) *pliance* o el cumplimiento mediado por la función de otros; 2) *tracking* o cumplimiento por el rastreo de huellas, y 3) *augmenting* o el cumplimiento de reglas «alteradoras» (formativas y motivacionales).

6.1. El cumplimiento de reglas por la función mediada por otros (*pliance*)

Es éste un tipo de conducta bajo el control de una historia de consecuencias mediadas socialmen-

te por la correspondencia entre la regla y la respuesta (Hayes et al., 1998). Se trata de una *regulación definida por comportamientos que se ajustan a las reglas* (formuladas al principio por otros, los padres generalmente, y más tarde por el propio sujeto) *bajo la sensibilidad de las contingencias que se obtienen a través de otros*; esto es, no se trata tanto de hacer lo que se dice por lo natural de ese comportamiento sino por el efecto mediado por otros. Se trataría, pues, de que el marco en el que la regla se produce estaría generando unas condiciones motivacionales para el reforzamiento positivo o negativo que otros proveen, de forma que genéricamente su establecimiento responde a la fórmula «haz lo que se dice y obtendrás X porque yo dispondré que así sea».

Implica la aplicación de consecuencias provistas por los otros que han de ser específicas por la relación entre decir-hacer, o sea, por el seguimiento de la regla. Para su formación como clase operante se han de generar múltiples ejemplos que mantengan la contingencia sobre una clave o relación de seguimiento mientras cambia el contenido hasta que la presencia de tal clave actualiza o deriva la función discriminativa a nuevos contenidos (Luciano, Herruzo y Barnes-Holmes, 2001). Este tipo de conducta puede implicar tanto relaciones de correspondencia topográfica entre contenido y acción como no correspondencia puntual (por ejemplo, hacer justo lo contrario de lo que se dice). Y para que pueda producirse es necesaria la comprensión de la fórmula verbal o regla (esto es, que las palabras empleadas formen parte de marcos relacionales con otros estímulos). Por ello, la comprensión de uno puede resultar distinta de la comprensión de otro sobre el mismo evento y consecuentemente llevar a cabo acciones diferentes a partir de la misma regla. Un ejemplo sencillo de correspondencia topográfica sería cuando el padre dice a su hijo «apaga la televisión» o «no pegues a tu hermano»; el niño es instigado a hacerlo, y cuando éste efectivamente apaga la televisión, o no pega a su hermano, el padre proporciona consecuencias recalcando «que ha hecho lo que se le ha pedido que haga».

Este tipo de comportamiento, necesario como primer paso para establecer otros tipos de controles verbales, puede llegar a ser limitante e incluso destructivo cuando no se contextualiza adecuadamente a lo que se persigue (véase el capítulo 3 sobre el trastorno de evitación experiencial). De ese modo, se potenciaría especialmente un repertorio instruido por otros que sería mínimamente sensible a los cambios naturales de la conducta (véase la investigación sobre sensibilidad/insensibilidad a contingencias en Catania et al., 1989).

Dicho de otro modo, el *pliance* ha de ir reduciendo su impacto sobre el repertorio del niño para dar paso a otros tipos de seguimiento de reglas, lo que necesariamente significa que los adultos deben hacer el tránsito de un modo que finalmente resulte adaptativo para el niño.

El resultado ideal a este nivel es que el control de las reglas quede flexibilizado a ciertas condiciones, de modo que en el adolescente, y aún más en los adultos, el *pliance* se limite a las condiciones en las que sea efectivo en función de los valores personales que a su vez se conforman en el contexto de este marco de socialización. Si no se flexibiliza la sensibilidad al control por las contingencias que otros producen, el repertorio disponible estará muy controlado por el valor de los otros como mediadores de reforzamiento; dicho de otro modo, estaríamos ante individuos muy dependientes de los demás para organizar su propia vida, en tanto que sentirse bien estaría centrado en lo que otros hacen como potentes reforzadores positivos y negativos (hacer x para satisfacer a otros o para evitar lo que otros pudieran hacer). Y ese patrón podría llegar a ser limitante según lo que una persona quiera para su vida.

Así, el proceso de socialización tiene un valor potencialmente adaptativo y positivo, pero también puede ser destructivo, de tal manera que bien puede generar una regulación verbal rígida y generalizada o, por el contrario, puede establecer un patrón de funcionamiento formado por clases de relaciones decir-hacer condicionales o contextuales, que flexibilizan considerablemente el repertorio de la persona y su potencial personal para interactuar con las reglas o fórmulas verbales.

6.2. El cumplimiento de reglas por el rastreo de huellas (*tracking*)

Este tipo de seguimiento de reglas ocurre bajo el control de una historia de correspondencia entre reglas y la forma en la que el mundo está hecho (independientemente de la formulación de la regla) (Hayes et al., 1998). En otras palabras, este tipo de reglas dispone la oportunidad para que el comportamiento caiga bajo control de las contingencias naturales. Un ejemplo de este seguimiento de reglas se produce cuando ante la verbalización hecha por alguien de «juega a la pelota», el niño llega a hacerlo no tanto porque la pelota sea una oportunidad para obtener consecuencias a través de los padres como por la oportunidad de disfrutar con las consecuencias naturales de jugar a la pelota. Cuando lo segundo se fomenta, la regla sólo introduce la oportunidad para que, al seguirla, las contingencias naturales que se producen por el comportamiento hagan relevante el seguimiento de reglas; dicho coloquialmente: que el niño «se divierte» o «lo pasa bien» por haber seguido una regla. Otro ejemplo similar en el que el seguimiento de una regla dispone la oportunidad de contactar contingencias naturales lo proporciona el hecho de que un niño comienza a cepillar sus dientes ante la instrucción «cepíllate los dientes» y, aun cuando sea incapaz de establecer relaciones entre el cepillado de hoy y el efecto a largo plazo sobre su salud bucodental, sí puede llegar a apreciar los efectos naturales inmediatos del cepillado (suavidad si pasa la lengua por los dientes, sensación de frescor, etc.), siempre y cuando disponga de tales discriminaciones y los adultos se impliquen haciendo relevantes tales efectos en vez de que simplemente lo haga por las consecuencias que proporcionen los padres u otros (como un *pliance*). Es el caso también cuando se ha entrenado a través de numerosos ejemplos el ajuste a reglas por el rastreo de contingencias (por ejemplo, un niño sigue las instrucciones para construir un juego o para hacer un experimento).

El tránsito desde *pliance* hacia *tracking* es necesario para generar un comportamiento sensible a las contingencias naturales y no fomentar en demasía o únicamente la sensibilidad a las conse-

cuencias mediadas por otros. Este tránsito hacia el *tracking* hace que los adultos sean menos relevantes en el ajuste de la contingencia a la vez que generan un *repertorio flexible y en buena parte independiente de las consecuencias mediadas por los adultos directamente*. El comportamiento de seguimiento de reglas por el rastreo de huellas es un tipo de comportamiento que resulta sensible a los cambios naturales, de modo que el sujeto va generando reglas ajustadas a las consecuencias que el comportamiento produce en un *interplay* entre reglas-acción-consecuencias.

El establecimiento de seguimiento por el rastreo de contingencias también ha de ser contextualizado a resultados con cierta probabilidad de producirse y a resultados no inmediatos en ciertas áreas de la vida. La deseable flexibilidad en el seguimiento de reglas *pliance* y *tracking* dependerá principalmente de los valores de los adultos que educan al niño, por lo que el resultado en forma de predominancia de algún tipo o equilibrio entre ambos tipos puede variar mucho. En cualquier caso, ambos tipos de comportamientos gobernados por reglas quedarán incompletos si las contingencias que los mantienen no se relacionan verbalmente con los efectos a largo plazo; esto es, si el comportamiento no se va modulando para conseguir, en unos casos, el ajuste a las contingencias inmediatas que no resultan atractivas pero tienen un valor probable a la larga (por ejemplo, decir no hoy a una petición de un hijo puede ser doloroso para los padres, pero puede evitar males mayores). Dicho de otro modo, se estaría hablando de un distanciamiento de ciertas contingencias en favor del efecto de éstas filtrado por reglas que indican posibles resultados a la larga. En este punto hay que señalar que las contingencias son siempre inmediatas, y en humanos verbales su valor está otorgado por la función verbal provista a las mismas o equivalentes de acuerdo con los marcos de relación generados en la historia personal. Así, el tránsito desde el ajuste a las contingencias primarias hasta un ajuste a éstas por el valor que tienen a otros niveles o en otros momentos, es un proceso paulatino en el que el ajuste a reglas se realiza por lo más inmediato pero introduciendo palabras cuya

función permite alterar el valor de lo inmediato y así es factible el retraso en conseguir lo que resulta relevante. En suma, la operante de autocontrol.

Esto es, para que un estudiante siga la regla «si estudio, seguramente aprobaré el examen», o un niño siga la regla «me limpiaré los dientes y así no tendré caries», es necesario que la regla altere las funciones del momento en que uno, por ejemplo, en lugar de estudiar (o de cepillarse los dientes) podría ver la televisión. Dicho de otro modo, que la regla coloque el aprobar (o el carecer de caries) en el marco de relación causal «si... entonces» que contiene la coordinación o equivalencia entre estudiar y aprobar (y entre cepillarse y ausencia de caries), de tal forma que las funciones de aprobar (y de no tener caries) transformen el valor de los estímulos presentes haciéndolos menos relevantes y realzando el poder discriminativo de los libros para estudiar (y del cepillo dental para cepillarse). Sería como si situarse frente al libro fuera una porción del «aprobado» presente y cuanto más se estudia, más porción del aprobado uno tiene, y cuanto menos se estudia, menos presente se haría el aprobado (y vale decir lo mismo para la ausencia de caries).

Sólo si los arreglos sociales son múltiples, sucesivos y parsimoniosos por parte de los hablantes y a la par oyentes de la comunidad verbal se llega a producir el *tracking* de un rango más complejo como los que definen la conducta moral en tanto que regulación del comportamiento controlado por la especificación de consecuencias reforzantes cada vez menos inmediatas y más probabilísticas y abstractas. Por ejemplo, comportarse de un modo que suponga un relativo malestar actual en aras al bienestar del grupo como tal —apagar el aire acondicionado del coche por el valor simbólico que tiene o los efectos que representará para generaciones venideras (véase Hayes et al., 1998, para el desarrollo de este tipo de regulación).

6.3. El cumplimiento de reglas alteradoras (*augmenting* formativo y motivacional)

El comportamiento de ajuste a reglas alteradoras (*augmentals*) se define como un seguimiento de

reglas bajo el control de cambios en la capacidad de los eventos para funcionar como reforzadores o estímulos aversivos, distinguiéndose entre los alteradores formativos y los motivacionales (Hayes et al., 1998). Los *alteradores formativos* establecen funciones a estímulos neutros, mientras que los *motivacionales* alteran la efectividad reforzante de los estímulos con funciones previamente establecidas. Las reglas *augmentals* o alteradoras interactúan con el seguimiento *plance* y *tracking* tanto cuando forman simbólicamente nuevos reforzadores o estímulos aversivos como cuando cambian el valor que pudieran disponer ciertas consecuencias.

Los *augmentals* o alteradores formativos son el análogo relacional del reforzamiento condicionado en tanto que los primeros no requieren condicionamiento o reforzamiento, sino tan sólo que una palabra forme parte de un marco relacional (por ejemplo, formar parte de una clase de equivalencia). Cuando uno de los miembros de la clase de equivalencia tiene una función, dígame reforzante, los otros también disponen de ella sin importar si esa función se adquirió antes o después de formar la clase de equivalencia. Los estímulos o las consecuencias que adquieren un valor reforzante o aversivo por esta vía (derivada o relacional) se denominan técnicamente reforzadores verbales y estímulos aversivos verbales (o relacionales) (Hayes y Wilson, 1995).

Por ejemplo, si una persona relevante en la vida de otra afirma que «tener deseos o pensamientos, o siquiera dudas homosexuales es amor» y en un momento dado la segunda persona comienza a notar que tiene dudas sobre su orientación sexual, y además se observa demasiado interesado en los movimientos de un compañero de trabajo del mismo sexo, puede reaccionar «sintiendo mal» y sintiendo miedo y angustia, a lo que necesariamente reaccionará de algún modo de acuerdo con su historia personal. Igualmente, si la palabra «valentía» está en relación de equivalencia con otras (por ejemplo, con éxito, honradez, reconocimiento social, etc.), y en algún momento la palabra valentía adquiere funciones reforzantes, ocurre que si alguien dice «en estos momentos hacer X es de valientes», esta regla podría actuar como un *augmen-*

tal generando una motivación nueva en torno a hacer X, permitiendo que ciertas consecuencias estén simbólicamente presentes en tal situación, aun sin haber hecho todavía X.

Los *augmentals* motivacionales cambian temporalmente la efectividad de consecuencias existentes, cambio que puede ocurrir a niveles distintos (Hayes et al., 1998). Una forma es al presentar alguna de las funciones de estímulo de una consecuencia dada, como es el caso en los anuncios comerciales cuando —vía transformación de funciones— algunas de las funciones emocionales o perceptuales «se hacen disponibles» (el observador puede «saborear» y «oler» los alimentos que está viendo por televisión ante un anuncio que invita a tomar «las riquísimas y sabrosas patatas fritas...»). Otro ejemplo es cuando una consecuencia es unida verbalmente a otras consecuencias, como es el caso cuando se afirma que «una buena ejecución atlética depende directamente de tener sentimientos de confianza y seguridad en uno mismo» o que «para conseguir una buena relación de pareja es necesario no tener dudas sobre uno mismo o el otro», o que «hay que estar motivado al 100 por 100 para conseguir un trabajo o aprobar un examen». El punto sería que un determinado proceso (estar motivado al 100 por 100 o no tener dudas) está unido a una meta que la persona puede considerar valiosa (conseguir el trabajo o aprobar, o una buena relación de pareja, respectivamente), cuando de hecho esta relación o unión entre proceso y resultado no es una relación causal. Nuevamente aquí la transformación de funciones en los marcos en que tales palabras y eventos se relacionan daría razón de los cambios motivacionales que tienen los estímulos presentes y con ello la actuación podría ser limitante, según lo que la persona desee.

Para resumir, hasta donde nos permite concluir la investigación realizada, el seguimiento de reglas por la función mediadora de otros es el tipo de relación conducta-conducta básica con beneficios para la comunidad en general, al establecer la conducta bajo control de reglas y determinar lo que es bueno o apropiado para una comunidad y para el individuo como miembro de ella, mientras que el seguimiento de reglas por el rastreo de contin-

gencias permite al individuo contactar con las consecuencias naturales y especialmente con las remotas y probabilísticas. A su vez, el seguimiento de reglas *augmentals* supone el ajuste a fórmulas verbales que alteran las funciones motivacionales de los estímulos presentes.

7. ALTERANDO FUNCIONES VERBALES Y LA REGULACIÓN VERBAL

La alteración de las funciones de los estímulos es un tema esencial que permitiría interrumpir la acción en relación a tales funciones de estímulos, así como evitar que una función derive en nuevos estímulos dadas ciertas circunstancias. La cuestión es cómo alterar funciones teniendo en cuenta que éstas articulan clases operantes que aglutinan muchos componentes y que sistemáticamente se extienden y potencian con cada oportunidad disponible en tanto que una vez que una persona ha aprendido a relacionar, a comportarse simbólicamente, esta actividad relacional es muy frecuente. Como se ha indicado, el entramado relacional puede ser muy amplio según la historia individual en tanto que las relaciones conducta-conducta son contextuales (una situación o un pensamiento, por ejemplo, puede tener distintas funciones y así distintas relaciones con otros comportamientos según las claves que se actualicen en cada circunstancia). Esta complejidad supone que para introducir cambios en las funciones de estímulos y, consecuentemente, en la regulación verbal son precisos sucesivos análisis funcionales que muestren la procedencia de las funciones verbales.

La investigación para alterar las funciones de estímulos y la regulación verbal tiene su referente en el análisis de los procesos que controlan estas operaciones y que, en parte, hemos resumido en este capítulo. La investigación que subyace a la teoría de los marcos de relación (Hayes, Barnes y Roche, 2001) es esencial en este punto en tanto que está permitiendo el avance en múltiples direcciones y aunando investigación previa pero ahora bajo un horizonte mucho más claro que el que en años previos se ha ofrecido bajo temáticas que, en

cierto modo, se presentaban separadas. Por ejemplo, la investigación ubicada en temáticas de relaciones de equivalencia y no equivalencia, de regulación verbal o correspondencia decir-hacer y las investigaciones sobre sensibilidad a contingencias (véanse Catania, Shimoff y Matthews, 1989; Luciano, 1992, 2000; Hayes et al., 1999).

De un modo muy genérico y breve, cabe especificar algunos puntos en relación a la alteración de las funciones verbales que mantienen las clases conducta-conducta, remitiendo al texto señalado y las investigaciones originales.

- Primero, el aprendizaje relacional derivado genera productos que funcionan como operantes y, por tanto, son susceptibles de cambio en tanto se desarrollan a través de numerosos ejemplos, muestran flexibilidad y están sometidos a control contextual y consecuencias.
- Segundo, las clases de conductas gobernadas por reglas se ajustan a las contingencias, pero en general se han mostrado más insensibles a los cambios en las contingencias naturales que la conducta moldeada por las contingencias (Hayes, Brownstein, Zettle, Rosenfarb y Korn, 1986; Catania, 1989).
- Tercero, el cambio en la relación entre conductas (entre la regla y la acción) puede provenir del cambio sistemático en las contingencias a través de múltiples ejemplos (lo que en muchas ocasiones no es viable o deseable) hasta producir un cambio derivado en la clase. Otra opción disponible es alterar la función de las relaciones a través de un cambio en el contexto verbal que altere el sentido de la relación entre unas conductas y otras (Dougher, Perkins et al., 2002) (véase también último punto).
- Cuarto, las funciones de estímulo adquiridas por condicionamiento directo parecen resultar más fáciles de cambiar que las funciones adquiridas derivadamente. Por ejemplo, las relaciones simétricas entre los estímulos se han mostrado más sensibles a los cambios de contingencias (Saunders, Drake y Spradlin,

1999) y probablemente sean más duraderas que otras relaciones (Rehfeldt y Hayes, 2000) debido a que ambos estímulos han formado parte del proceso de reforzamiento o exposición directos. Es así que la relación simétrica entre los estímulos no queda alterada cuando sí se altera la transitiva² (Pilgrim y Galizio, 1995). Cabe tenerlo en cuenta por la resistencia que pudiera observarse para el cambio de función de estímulo cuando ésta se asienta en relaciones establecidas directa o derivadamente y en consecuencia por la elección de unos u otros procedimientos para cambiar la función de estímulo.

- Quinto, la investigación básica muestra que cuando las relaciones de estímulo son derivadas es muy difícil romperlas incluso con un entrenamiento directo contrario a tales relaciones de estímulo (Saunders, 1989). Más aún, si cambian por un entrenamiento directo, volverán a surgir tan pronto el nuevo patrón no sea eficaz (Wilson y Hayes, 1996). Estos datos vienen a resaltar el carácter aditivo de las interacciones psicológicas y la fuerza de la historia de un modo equivalente a la resurgencia de comportamientos vía condicionamiento directo (Epstein, 1985; Luciano, 1991).
- Sexto, en tanto que por la historia socioverbal, el hecho de razonar y de tener razón es un potente reforzador y, en tanto que una vez formadas las operantes relacionales los humanos verbales interactuamos simbólicamente con el ambiente y organizamos (actividad relacional) los eventos que nos rodean sin apenas *feedback*, ocurre que se van conformando relaciones idiosincrásicas entre eventos que no sólo amplían el ámbito de estímulos categorizados sino que incrementan el valor de que las cosas «tengan sentido» (Hayes et al., 1999).

² Por ello las funciones transferidas vía equivalencia quizá sean distintas de las funciones transferidas vía relación simétrica (Barnes y Keenan, 1993; Dymond y Rehfeldt, 2000) hasta el punto de que estas últimas no necesariamente ha-

— Séptimo, el moldeamiento gradual de relaciones entre estímulos establece patrones generalizados de respuestas que se muestran sensibles a las contingencias. Sin embargo, la derivación de relaciones entre estímulos no es un proceso gradual, sino que cuando ocurre los estímulos o están dentro del marco o están fuera (Hayes et al., 1999), y este hecho correlaciona con una gran resistencia al cambio de funciones y relaciones entre conductas. Esa dificultad se ha observado tanto cuando se introduce un entrenamiento directo para la ruptura (Saunders, 1989; Wilson y Hayes, 1996; Valero, 1990) como cuando el objetivo es producir un patrón de ruptura derivado (Gómez, Barnes-Holmes y Luciano, 2001, 2002). Los errores son numerosos y la reincidencia del patrón derivado es sistemáticamente evidente.

— Octavo, las relaciones entre los estímulos de una clase de equivalencia resultan más resistentes al cambio y se amplifican a otros estímulos. Se ha observado que se hacen más potentes los marcos de relación cuando se intentan controlar parte de los estímulos (por ejemplo, al intentar suprimir los pensamientos sobre algo, todas las palabras en relación a esos pensamientos se hacen más presentes y potentes) (Cioffi y Holloway, 1993; Paez et al., 2002).

— Noveno, cuando se trata de cambiar la función de los estímulos, se ha de tener en cuenta lo siguiente: a) La transferencia de funciones parece facilitarse cuando la función de un estímulo ocurre antes de que el estímulo en cuestión entre a formar parte de un marco de relaciones (Hayes et al., 1991). Asimismo, b) el cambio de funciones previamente derivadas ha de considerarse la insensibilidad a la transferencia de función cuando los estímulos hayan formado parte

de calificarse genuinamente como un control derivado, habiéndose sugerido que se asimilan más al proceso de condicionamiento clásico (Rehfeldt y Hayes, 1998).

empleadas para alterar las relaciones entre eventos privados y otras conductas. A ese capítulo remitimos.

8. A MODO DE RESUMEN

Una síntesis de lo tratado hasta aquí, sobre la base de las implicaciones del contextualismo funcional, recoge lo esencial acerca de la conducta gobernada por reglas y la teoría de los marcos relacionales (Hayes et al., 1999; Wilson et al., 2001). Los siguientes aspectos resumen estas implicaciones que tienen una repercusión directa en los trastornos psicológicos:

— Primero, *las relaciones verbales dominan las interacciones humanas, ya que...*

- a) Las relaciones verbales en los humanos ocurren muy temprano en la vida, iniciándose en la bidirección como base del comportamiento simbólico.
- b) Se extienden a todos los ámbitos humanos, de modo que incluso el evento que con más obviedad entendemos como no verbal es al menos en parte funcionalmente verbal. Lo que nos rodea, incluyendo nuestra visión de nosotros mismos, proviene de —y es— un proceso verbal.

— Segundo, *el contexto es clave*, en tanto que...

- c) Las relaciones verbales están controladas contextualmente de manera que en unas condiciones ocurren más o de un modo y en otras menos o de otro modo. Estos contextos se refieren a características abstractas (o construidas verbalmente) de las relaciones no arbitrarias del ambiente, las audiencias como claves, las demandas de tareas como claves y muchas otras claves que lo son por la historia habida en las interacciones verbales de cada persona.
- d) Las funciones de estímulo que son transformadas por las relaciones verbales

del ambiente del sujeto, por ejemplo a nivel de preexposición, como ocurre en el fenómeno de la inhibición latente o si se realizan tests de prueba de los estímulos antes de aplicar alguna función (Rodríguez et al., 2002; Dymond y Rehfeldt, 2000). En relación a esto último, c) cuando se trata de introducir los estímulos en un marco nuevo de relaciones, se ha observado el papel facilitador, utilizando fórmulas retóricas o persuasivas (Roche, Barnes-Holmes, Barnes-Holmes y Hayes, 2001), o el papel inhibitorio, que queda dispuesto por la participación de los estímulos en clases o categorías formadas en la historia personal (véanse Eikeseth y Baer, 1997; Roche y Barnes, 1996; Ybarra, Luciano y Gómez, 2002).

- Décimo, los resultados obtenidos en numerosos estudios básicos para producir cambios en las funciones de estímulos, desde funciones previamente reforzantes y averasivas como discriminativas y motivacionales, entran de pleno en el análisis de la transformación y transferencia de funciones, y han sido expuestos en este capítulo. Cabe señalar que estos estudios se han dirigido más al análisis del establecimiento de funciones que al cambio de funciones ya establecidas. Por otro lado, los estudios clínicos para alterar la relación entre eventos privados-actuación que se ubican directamente en el ámbito de la regulación verbal son muy numerosos: desde los que para cambiar la relación entre eventos privados y la actuación que éstos controlan se orientan: 1) al cambio en el contenido de los eventos privados (por ejemplo, cambiar el pensamiento, o lo que se dice, y ver el cambio del comportamiento bajo su control) hasta los que se orientan, 2) al cambio en la alteración de las funciones del evento privado vía relaciones, o sea, a través de cambios en el contexto verbal que controla la relación conducta-conducta. Este tipo de investigaciones clínicas se resumen en el siguiente capítulo al analizar las distintas estrategias

están controladas contextualmente, no mecánicamente. Ocurre que en muchos contextos los símbolos y los referentes pueden quedar virtualmente fusionados, generando dificultades cuando el proceso verbal no conduce a la acción efectiva (un proceso denominado «fusión cognitiva»). En otros contextos, las relaciones verbales también existen, pero apenas se transfieren las funciones.

— Tercero, *el autoconocimiento es una arma de doble filo*, debido a que...

- e) La bidireccionalidad de las relaciones verbales convierte el autoconocimiento en algo útil, pero también hace inevitable el sufrimiento.
- f) Por ello, la evitación emocional es el resultado natural de la actividad verbal, o sea, es natural evitar los eventos privados.

— Cuarto, *el cambio de las relaciones verbales difiere si se hace a través del proceso verbal o del contenido verbal*, esto es:

- g) Las relaciones verbales se mantienen con escaso apoyo ambiental. Los contextos que mantienen el tener razón o hacer las cosas con sentido (contextos en los que hay algún beneficio por mantener los estímulos en una red de relaciones) son suficientes para mantener la conducta verbal. Además, estos contextos directos se amplifican debido a que la comunidad insiste en dar y pedir razones para hacer las cosas y en reflexionar sobre la conducta.
- h) Las relaciones verbales se debilitan a través de contextos que: *a)* no apoyan el juicio analítico y lineal; *b)* no potencian el razonamiento o los pensamientos correctos y equivocados; *c)* no potencian el control de la experiencia privada, y *d)* apoyan, sin embargo, la observación desasosada y la conciencia de los eventos mentales como un proceso que está ocurriendo en un momento dado, o sea, un proceso en movimiento. De ello se

deriva que la principal forma de debilitar las relaciones verbales inefectivas es alterar los contextos que mantienen los procesos verbales literales en contra de centrarse en el contenido verbal *per se*.

- i) Intentar cambiar las relaciones verbales añadiendo nuevas relaciones verbales conduce a elaborar aún más la red de eventos existente, pero nunca a eliminarla. Al nivel del contenido, las relaciones verbales funcionan por adición, no por substracción, de manera que el contexto más común en la comunidad de buscar sentido lógico o de razonar sobre el comportamiento hace que las relaciones verbales existentes sean aún más elaboradas.

— Quinto, *las reglas son necesarias y a menudo útiles, pero pueden ser engañosas y peligrosas*, ya que...

- j) Las reglas verbales inducen una cierta insensibilidad a las consecuencias directas de las respuestas.
- k) Esa insensibilidad es particularmente probable con el seguimiento de reglas mediado socialmente, con el seguimiento por rastreo de huellas controlado por reglas que no pueden ser probadas o probables y con el seguimiento de reglas alteradas unidas a consecuencias remotas o abstractas. Esto supone que en muchas circunstancias la conducta sigue estando gobernada por reglas aun y cuando tal regulación resulte inefectiva.
- l) Los tres tipos de conductas gobernadas por reglas (cumplimiento mediado por otros, rastreo de huellas y seguimiento por reglas alteradoras) son necesarios para una regulación verbal efectiva en la socialización. Sin embargo, con el tiempo, las formas menos complejas se convierten en menos relevantes para tener una vida efectiva, excepto en contextos específicos. Por ello, se ha de cuidar el seguimiento de reglas para aquellos contextos en los que sea de utilidad.

El trastorno de evitación experiencial

3

«... lo que estoy haciendo no es otra cosa que contar mi propia historia, dando siempre vueltas a lo mismo con otro aspecto y otro enfoque, y así yo también me voy envolviendo en una soga, convencida de que no es la mía, una soga que me inmoviliza cada vez más, hasta que me convierto en un mero paquete, un bulto, que apenas interviene en su propio devenir.»

Aurelia, en *La canción de Dorotea*, de Rosa Regàs

En los capítulos previos hemos tratado sobre la ubicuidad del sufrimiento en tanto que parte inseparable de la vida humana. También hemos mencionado que sentirse mal puede no ser asumido como algo natural, de modo que los sentimientos o las sensaciones que disgustan terminan por ser algo en lo que uno se emplea «a fondo» para anularlo lo antes posible, sin percatarse muchas veces del costo de la operación. Hemos insistido en la legitimidad de no querer sufrir o evitar el sufrimiento y que, de hecho, esto es algo que todos hacemos en mayor o menor medida. Pero ocurre que en el ámbito o contexto de lo que para uno es valioso, a veces el costo por evitar sentirse mal es muy alto. Consecuentemente, lo afortunado será «darse cuenta» de cuando la evitación no es una solución válida y, por tanto, cabría aprender a hacer «hueco psicológico» a las reacciones privadas cargadas de funciones aversivas si ello conduce a lo que uno valora para su vida.

Son muchas las personas que emplean la evitación de lo que les produce malestar de una forma cronificada y generalizada y, consecuentemente,

viven una vida muy limitada en tanto que este patrón haya terminado por extender el sufrimiento a muchas facetas de su vida, viven envueltos en él con un *coste personal muy elevado en términos de lo que querrían para su vida. Es en tales circunstancias cuando hablamos de trastorno de evitación experiencial (TEE)*.

Este capítulo trata sobre dicho fenómeno, y en él describimos, en primer término, sus características y, en segundo, las condiciones que lo generan y lo mantienen.

1. CARACTERÍSTICAS DEL TRASTORNO DE EVITACIÓN EXPERIENCIAL

El sufrimiento psicológico es parte inseparable de la vida humana en tanto que ésta incluye circunstancias y comunidades que conforman contextos verbales a través de los cuales una persona determinada reaccionará verbalmente a numerosos eventos, incluida su propia conducta (véanse capítulos 1 y 2). Los contextos verbales socialmente

mantenidos en la comunidad representan las condiciones para ver las cosas y lo que se ha aprendido a detectar de sí mismo, bien como reacciones naturales y normales, aunque puedan resultar dolorosas, bien como reacciones anormales y negativas ante las que se reacciona como si fueran *barrieras* para vivir.

Precisamente, en torno a esto último gira buena parte del sufrimiento psicológico actual más extendido en nuestra cultura occidental, donde se alienta la consecución de eventos privados «correctos» o «apropiados» para vivir. Por ejemplo, se alienta que para poder funcionar bien y tener éxito es necesario un estado motivacional o emocional determinado o un modo de pensar sobre uno mismo. El problema llega cuando la experiencia de la persona está arrojando otros dividendos y, a pesar de ello, sigue actuando para alterar o buscar estados privados en tanto los entiende como determinantes para poder hacer la vida que desea. Una persona atrapada en este patrón recurrente de evitación estaría inmersa en un *círculo vicioso* en el que, ante la *presencia de malestar o angustia* o cualquier otra función verbal aversiva, se produce la *necesidad de aplacar* tal función, para lo cual *hará lo que considera correcto* de acuerdo con su historia (por ejemplo, intentar controlar sus eventos privados). Sin embargo, tristemente los hechos muestran que el resultado obtenido es totalmente contrario a los propósitos perseguidos, de manera que este patrón de evitación se torna, así, paradójico, ya que cuantos más intentos por resolver el problema se hagan, más se extiende el problema y más limitaciones genera en la vida de la persona. Dicho de una vez, estaríamos ante una *solución que, en realidad, es el problema*. Y, en efecto, ése es el verdadero problema: un patrón de vida que incluye huir deliberadamente del malestar, del sufrimiento y de la ansiedad y que sólo consigue su expansión y la limitación de la vida.

La primera característica del TEE es que su *naturaleza es verbal* (véase más adelante), ya que es una regulación verbal. El TEE está presente cuando una persona no está dispuesta a establecer contacto con sus experiencias privadas vividas aversivamente (sean éstas estados o sensaciones

de su cuerpo, pensamientos, recuerdos o predisposiciones conductuales), y se comporta deliberadamente para alterar tanto la forma o frecuencia de dichas experiencias como las condiciones que las generan (Hayes et al., 1996). Con frecuencia, este patrón de comportamiento resulta aparentemente efectivo a corto plazo en tanto que alivia la experiencia negativa, pero, al acontecer de un modo crónico y generalizado, extiende las experiencias negativas y llega a producir una limitación en la vida de la persona. Dicho de otro modo, una persona termina por ir en contra de lo que es valioso para ella misma, representando el suicidio el caso extremo de evitación total.

Las consecuencias inmediatas que siguen al acto de evitación o escape se ajustan, en parte, al propósito perseguido por la persona (reducción o evitación de algo con función aversiva, especialmente de la función aversiva de sus propias respuestas), pero conducen a, o están al servicio de, que la persona *caiga en una trampa verbal*, que lo es, por un lado, porque el sujeto considera que *tiene razón al seguir la regla de evitación* de acuerdo con contingencias pasadas por hacer lo que cree que es correcto y porque *está presente algún efecto inmediato de reducción de la función aversiva*. Y, por otro lado, lo es también porque la acción tomada no sólo está limitando su vida, sino que finalmente no le permitirá llegar a sentirse bien, de modo que esta persona se estaría *esforzando* para vivir por el problema (debido a los efectos de rebote de la supresión y la extensión a otras áreas, sea o no consciente el sujeto y quiera o no). Es en este marco de *intentar sentirse mejor y lograr sentirse peor* donde actúa el ciclo de la estrategia de evitación destructiva.

La segunda característica del TEE es que se trata de una *clase funcional limitante*. Es decir, que la persona que lo muestra ha aprendido a responder ante la presencia de eventos privados vividos aversivamente con diferentes topografías o reacciones, aunque todas bajo una premisa común: la eliminación o evitación del evento privado. Esto es, alguien puede haber aprendido a evitar unas veces llorando, otras reflexionando o analizando, otras agrediendo, otras haciendo

cosas, otras aislándose, otras culpándose a sí mismo, otras bebiendo, etc., pero desde una perspectiva funcional del TEE el tipo específico o la forma de las respuestas de evitación que se produzcan son irrelevantes, al igual que lo son las características físicas de la situación o el contenido de las predisposiciones corporales, los pensamientos o los sentimientos. El aspecto clave consiste en que en todos los episodios manda o controla el *plan deliberado para controlar los eventos privados*.

Son, pues, contingencias complejas las que operan —mantienen e integran— los diferentes episodios en una clase funcional donde la contingencia operando está reforzando, al menos negativamente, la clase de conducta de evitación y, a la par, confirmando positivamente el propósito del acto deliberado de tener razón y de ser coherente con sus ideas, en tanto que algo consigue con la evitación y se conoce que los «demás también se afanan en procurar sentirse bien». De ese modo, el pequeño premio de la reducción parcial o el escape temporal de los eventos aversivos produce el fortalecimiento de la relación deliberada por haber hecho lo que socialmente se potencia como la solución correcta cuando uno se siente mal o como una forma para evitar estarlo. En consecuencia, una persona podrá llegar a mostrar un repertorio de respuestas múltiples en circunstancias múltiples ajustado a la contingencia de la conducta de evitación para eliminar o evitar el sufrimiento creyendo que hace lo correcto. Además, como clase funcional, la contingencia operando en el patrón de evitación mantiene sus componentes y se amplía aun cuando se produzca la extinción en alguno de sus componentes.

La naturaleza paradójica del TEE radica, precisamente, en que la persona que lo sufre está implicada en hacer lo que entiende que debe hacer para eliminar el sufrimiento (empleando tiempo y esfuerzo en tal objetivo). Sin embargo, lo que obtiene a la larga es que aquello que le hace sufrir está cada vez más presente y su vida cada vez más cerrada, en tanto que se ve imposibilitada para seguir adelante con la consecución de las metas y los valores que son importantes para ella.

Así, la persona que muestra un TEE vive en una atmósfera de evitación/escape que altera la función de cualquier otro evento presente, creyendo hacer lo correcto y no consiguiendo el efecto deseado a la larga, llegando a cuestionarse el porqué de todo ello («¡cada vez estoy peor, sufro mucho y me siento fatal, ¿qué está pasando con mi vida?!»). Este ciclo de actuación que supone esfuerzos que se entienden como la forma correcta de solucionar el problema es *precisamente el componente esencial del trastorno en vez de su solución* (Hayes, Stroschall y Wilson, 1999). La cuestión fundamental es si tal lógica de funcionamiento es o no útil para una persona en cuestión y si se produce o no un desajuste entre lo que uno hace y lo que aspira a lograr de acuerdo con sus valores o con el camino que ha elegido para su vida, de modo que si para una persona determinada la evitación experiencial de la que es devota encaja con sus valores (con lo que quiere para su vida), ciertamente no hablaríamos de trastorno psicológico (Luciano, 2001).

En consecuencia, la evitación experiencial no es un fenómeno intrínsecamente patológico. Lo es cuando acaba limitando lo que la persona quiere hacer con su vida.

1.1. Condiciones en las que la evitación experiencial puede resultar perjudicial

Varias son las condiciones asociadas al resultado perjudicial de la evitación de emociones y demás eventos privados (Hayes et al., 1996; Hayes et al., 1999). Primero, la evitación es perjudicial cuando el *proceso de evitación deliberado necesariamente contradice el resultado «deseado»*, aunque para quien la evitación resulta difícil entender que no funcione y, por tanto, siga entretenido en la búsqueda de nuevas formas de evitación que den «en el clavo» (o sea, eliminen los eventos privados molestos). La evitación deliberada habitualmente implica la formulación y el cumplimiento de un plan verbal, y, en algunas áreas, este ajuste al plan resulta problemático porque el proceso de regulación verbal *incluye el contenido o estímulo*

evitado. De modo que si uno *no está dispuesto a tener* una determinada emoción o pensamiento *justo tendrá* dicha emoción o pensamiento, porque en el ámbito de los eventos privados «no estar dispuesto a X» implica necesariamente «estar en relación con X». Esto es, si uno no desea sentirse como se siente y se empeña a fondo en cambiar deliberadamente su estado de ánimo probablemente el éxito sea efímero, mientras que a la larga el estado de ánimo no deseado se hará más frecuente y terminará inundado otras facetas de su vida. En definitiva, la misma acción de intentar deliberadamente no sentir algo en un momento particular resulta contradictoria con el objetivo que persigue, ya que no estar en algo es estar en ello (y vuelta a lo mismo).

Segundo, la evitación emocional es perjudicial *cuando la regulación de los eventos privados se muestra claramente insensible al control deliberado de regulación verbal*. Dicho de otro modo, la evitación emocional resulta perjudicial cuando el comportamiento objeto de interés no es susceptible de control verbal y, por tanto, los intentos de regulación sólo consiguen exacerbar el problema. Tal fenómeno ocurre en los ciclos, bien conocidos, en que una persona esencialmente «llega a estar cada vez más ansiosa por no querer estar ansiosa».

Tercero, la evitación emocional es también perjudicial *cuando el cambio que se persigue es posible pero el esfuerzo requerido conduce a formas de evitación no saludables*. Por ejemplo, cuando uno intenta no recordar o eliminar el recuerdo de un suceso determinado por medio de drogas cuyo efecto inhibitorio sobre el recuerdo puede ser eficaz en cierto modo pero puede tener un costo personal final muy alto. El punto central en este caso es que no estar dispuesto a tener recuerdos o sentimientos, cuando eso limita, equivale a no estar dispuesto a vivir libremente, o sea, con las puertas abiertas a los eventos privados. La evitación en esas circunstancias restringe la aceptación de la propia historia en términos del autoconocimiento sobre las reacciones a lo que se piensa y siente, de modo que si uno ha de estar pendiente de «tapar» o «impedir» que las repercusiones de su pasado se pre-

senten, la vida termina circulando en torno a los eventos privados temidos y, en consecuencia, se torna altamente limitada si lo que uno quiere hacer en su vida se ve entorpecido por esa estrategia de evitación.

Cuarto, la evitación es igualmente perjudicial *cuando el evento que quiere eliminarse o cambiarse no puede ser cambiado*. Rehuir o luchar contra los efectos verbales asociados a la pérdida (por ejemplo el dolor y el sentimiento de vacío) puede convertir la pérdida dolorosa en trauma y a quien practica la evitación de tales efectos psicológicos en víctima de su propia estrategia de evitación.

En conclusión, la evitación es perjudicial cuando a pesar de parecer muy razonable el modo en que una persona está resolviendo un problema (evita que el dolor, el miedo, la inseguridad o la angustia se hagan presentes) finalmente *no resuelve nada porque esa actuación se interpone en lo que esa persona desea para su vida*. Los dividendos son una limitación extraordinaria en los valores vitales. *Ésta es la clave*. De otra parte, los cambios que podrían resultar saludables e importantes para lo que quiere resultan experiencias dolorosas o costosas a corto plazo. La evidencia disponible indica que, en tales condiciones, «empecinarse» en un patrón de control de los eventos privados no es la solución sino el problema.

1.2. El TEE como dimensión funcional a través de diferentes síndromes

Muchas formas de psicopatología recogidas en los sistemas de clasificación sindrómicos tradicionales (principalmente DSM y CIE) pueden concepcuarse como formas diversas de evitación no saludable (Hayes et al., 1996). El TEE es un elemento común a una buena parte de los síndromes descriptivos de los sistemas taxonómicos. Estos sistemas diferencian los síndromes por los contenidos cognitivos diferentes y los *estímulos o circunstancias* ante los que la gente reacciona, y también se diferencian en la *forma o el contenido* particular de la reacción. Pero el elemento común

es que el comportamiento de la persona se centra en el patrón de evitación experiencial. Desde la perspectiva del TEE, personas cuyos «trastornos» recibirían nombres diferentes funcionalmente estarían luchando (o trabajando) para terminar con, o evitar, los eventos privados que vivencian aversivamente y que conciben como obstáculos o barreras para su vida.

Algunas muestras de lo que queremos decir incluyen, por ejemplo, el caso de una persona que muestra un patrón de alcoholismo o consumo de drogas con el objetivo de eliminar la ansiedad que le sobreviene ante diferentes funciones de estímulo o el de otra, a la que tradicionalmente denominaríamos como «agorafóbica», que intenta eliminar la ansiedad de una forma bien diferente; o personas diagnosticadas con «trastorno de pánico» que estén luchando con la ansiedad específica o generalizada, a diferencia de aquellas catalogadas con un «trastorno obsesivo-compulsivo» que lo harán con ciertos pensamientos, o de quien muestra un «trastorno de estrés posttraumático» y que está luchando con sus recuerdos y sensaciones asociados a un evento traumático; o, finalmente, una persona diagnosticada con un trastorno depresivo que está luchando para evitar recuerdos, pensamientos, sentimientos o predisposiciones corporales particularmente negativos. Diferentes trastornos psicológicos pueden ser analizados tomando la *dimensión de evitación* como el factor funcional más importante en su etiología y su mantenimiento, aunque sean diferentes los tipos o fuentes de material evitado, así como las respuestas que conformen el patrón o clase funcional de evitación experiencial destructivo (Hayes et al., 1996).

De acuerdo con los datos disponibles, la evitación experiencial ha sido explícitamente detectada en el abuso de drogas y el alcoholismo (por ejemplo, Hayes et al., 2002; Luciano et al., 2001; Marlatt, 1994; Wulfert, 1994), en el trastorno obsesivo-compulsivo (por ejemplo, Gold y Wegner, 1995; McCarthy y Foa, 1990), en el desorden de pánico, la agorafobia y la ansiedad generalizada (por ejemplo, Carrascosa, 1999; Craske, Street y Barlow, 1990; Forsyth, 2000; Luciano y

Gutiérrez, 2001; Zaldívar y Hernández, 2001), en el trastorno de personalidad límite (por ejemplo, Linehan, 1993; Stroschal, 1991), en la depresión (Dougher y Hackbert, 1994; Zettle y Raines, 1989; Zettle y Hayes, 1986; Luciano y Huertas, 1999), en el trastorno de duelo (por ejemplo, Luciano y Cabello, 2001), en bulimia (por ejemplo, Nash y Farmer, 1999), en parafilias (por ejemplo, Lo-Piccolo, 1994), en síntomas psicóticos (por ejemplo, Bach y Hayes, en prensa; García y Pérez, 2001) y en el juego patológico (Labrador y Fernández-Alba, 1998).

El TEE también ha sido explícitamente detectado en otros problemas clínicos no sindrómicos, como es el caso del suicidio —una estrategia de evitación final— (Chiles y Stroschal, 1995), las secuelas del maltrato sexual (por ejemplo, Follette, 1994; Polusny y Follette, 1995), y ha sido explícito en terapia de parejas (por ejemplo, Koerner, Jacobson y Christensen, 1994; Berns, Jacobson y Christensen, 2000), en el trabajo con padres de niños mentalmente retrasados (Biglan, Lewin y Hops, 1990), en la atención a la vejez (McCurry y Schmidt, 1994), en dolor crónico (Dahl, Nilsson y Wilson, 2002; Luciano et al., 2001), en estrés laboral (Bond y Bunce, 2000) y en la terapia de apoyo psicológico a pacientes de cáncer (Montesinos, Hernández y Luciano, 2001).

En todos estos casos y muchos otros similares, las personas implicadas estarían sufriendo aunque por contenidos privados distintos y estarían luchando deliberadamente contra su sufrimiento aunque en cada caso dicha lucha adopte diferentes formas que se toman como si de «trastornos diferentes» se tratase. Como resultado común, su lucha acabará generando más sufrimiento, aunque en apariencia parezca proporcionar un cierto alivio, y en todos los casos las personas implicadas analizarán y razonarán su forma de funcionar o su plan deliberado para controlar los eventos privados como una forma correcta de proceder, por estar culturalmente consensuada y ser refrendada día a día. Resulta así que diversos trastornos tenidos por «diferentes» en los sistemas clasificatorios al uso pueden quedar recogidos en una misma dimensión fun-

cional caracterizada por la evitación experiencial limitante.

1.3. El TEE como dimensión crítica en diferentes aproximaciones terapéuticas

La evitación experiencial, como dimensión funcional, es el *factor crítico en el sufrimiento humano*, tanto cuando las consecuencias de la evitación emocional se sobrellevan sin que paralicen la vida en exceso como cuando éste no es el caso y la evitación se convierte en un trastorno limitante. Cuando esto último sucede, es un hecho contrastable la *ubicuidad* del TEE en muchas categorías diagnósticas, sindrómicas y no sindrómicas, así como se resalta como un factor central en distintos sistemas psicoterapéuticos teóricamente divergentes que enfatizan la «evitación emocional» como un aspecto pervasivo, por común, del funcionamiento humano (Hayes et al., 1996; Luciano y Hayes, 2001).

Un aspecto central reconocido por profesionales orientados desde perspectivas muy diversas es la necesidad que tienen muchas de las personas que piden ayuda psicológica de encontrar nuevas y mejores fórmulas para escapar, evitar o modificar sus eventos emocionales o cognitivos; es decir, su demanda psicológica gira sobre la necesidad de acabar con experiencias privadas que entienden poseen propiedades intrínsecamente negativas (Hayes et al., 1999). No es de extrañar, por tanto, que la necesidad de olvidar, ignorar, apartar, transformar, evitar, en resumen, eventos privados desagradables sea común a diferentes terapias psicológicas aunque los mecanismos o estrategias que adopte sean distintos.

La convergencia sobre el papel de la evitación en la génesis de trastornos psicológicos desde distintas perspectivas resulta obvia a través de numerosos y variados ejemplos. Es así cuando la evitación de emociones y vivencias se toma en la psicoterapia dinámica como uno de los ejes centrales de la psicopatología, convirtiéndose la necesidad de atender al «material evitado» o «re-

primido» en uno de los pilares de la actividad terapéutica; por ejemplo, cuando se plantea la necesidad de «pasar a la conciencia» contenidos que han sido demasiado dolorosos o amenazantes como para poder mantenerlos al nivel de la experiencia consciente. Es así también cuando en la terapia rogeriana se enfatiza la necesidad de «llegar a ser más conscientes» de los propios sentimientos y actitudes, e igualmente ocurre para el caso de la terapia gestáltica, en la que «contactar con la experiencia» es el fenómeno psicológico de interés en los trastornos psicológicos provocados por la evitación de sentimientos dolorosos o por el miedo a emociones no deseadas. Y en la misma dirección se sitúan las teorías existenciales.

Por otro lado, la importancia de la aceptación de los eventos psicológicos es una parte central en las tradiciones psicoterapéuticas menos empíricas, como son las aproximaciones humanísticas y existenciales y las aproximaciones sustentadas en las tradiciones orientales de meditación y espiritualidad (Hayes et al., 1996; véase también Pérez Álvarez, 1996, 1997, 2001). Del mismo modo, recientemente ha comenzado a detectarse una mayor sensibilidad a la aceptación psicológica en los modernos tratamientos calificados como cognitivo-conductuales, que, en parte, se orientan a lograr que los clientes afronten el material evitado, como es el caso de las señales propioceptivas (por ejemplo, Barlow, 1988; véase revisión en Forsyth, 2000).

Finalmente, tal hecho es más evidente y aparece más estructurado en las terapias conductual-contextuales que tienen como tema central, precisamente, la *apertura radical a los eventos privados en la elección que uno hace para su vida*. Tal es el núcleo de actuación en la *Funcional Analytic Psychotherapy* (Hayes, Kohlenberg y Melacon, 1989; Kohlenberg y Tsai, 1991), en la *Terapia Cognitivo-Conductual Dialéctica* (Linehan, 1993), la *Terapia Integral de Pareja* (Christenson, Jacobson y Babcock, 1995; Berns, Jacobson y Christensen, 2000) y en la *Terapia de Aceptación y Compromiso* o ACT (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999), de la que nos ocupa-

mos en este texto como una terapia centrada en los valores¹.

Consecuentemente, si por un lado el TEE es un factor crítico en diferentes trastornos y, por otro lado, diferentes aproximaciones postulan entre sus estrategias la necesidad o importancia de experimentar lo temido, sería razonable concluir que la explicación o etiología del TEE tiene que situarse en todos los casos en el mismo plano funcional y, consecuentemente, las estrategias dirigidas a la prevención del patrón cronicado de evitación experiencial tendrían que ser equivalentes (véase a este respecto la aportación preliminar sobre prevención del patrón de evitación experiencial de Luciano y Hayes, 2001).

A la par, cabría esperar que una actuación dirigida a las condiciones que generan y mantienen el TEE tendría que ser útil para evitar el factor clave o central en cualquiera de los trastornos arriba mencionados. Lo que resulta coherente con la convergencia de la efectividad de las terapias que practican la aceptación de los eventos privados como su «núcleo» o aspecto estratégico central (véase Dougher, 1994; Hayes et al., 1994; Wilson et al., 2001) en la resolución de trastornos que parecen bien distintos, si nos atenemos a la forma, pero que son funcionalmente equivalentes en el plan de evitación experiencial.

La cuestión es que, al margen de las casuísticas o formas particulares que muestre cada caso, el punto central no es otro que explicar por qué personas tan conscientes e implicadas en sus problemas, personas que «trabajan tan duro» para sentirse bien, olvidar sus penas y eliminar los pensamientos negativos, personas que, en definitiva, luchan con tanto ahínco por eliminar sus padecimientos obtienen como balance final de sus acciones que *el problema que pretendían resolver cada vez está más presente en sus vidas*. En la

espiral de sufrimiento resultante el abandono o la renuncia a lo que es importante para ellos en la vida se hace también cada vez más presente, de modo que terminan *sufriendo por lo que hacen y por lo que dejan de hacer*. Si, como sostenemos, la estrategia de evitación a veces resulta perjudicial, termina por convertirse en el verdadero problema psicológico de fondo, ¿por qué ocurre?

Para responder esta pregunta hemos de volver nuestra atención sobre las trampas verbales que envuelven a la persona bajo la influencia de su particular historia socioverbal, haciendo hincapié, primero, en la evidencia disponible sobre los efectos del control de los eventos privados y, segundo, en el análisis de las condiciones socioverbales en las que los humanos se hacen verbales generando las clases de regulación verbal del comportamiento.

1.4. Evidencias de los efectos del control evitativo de los eventos privados

En el capítulo previo se expuso el funcionamiento del lenguaje humano en cuanto a sus características de bidirección, combinación y transformación de funciones, características que darían razón del autoconocimiento que resulta útil y del que puede conducir a la locura y al sufrimiento psicológico. La tendencia a reaccionar verbalmente a numerosos eventos, incluido el propio comportamiento, da razón de la tendencia socioverbal a la evitación de lo que resulta aversivo. Nos centraremos ahora en la información disponible que sustenta la naturaleza de la tendencia generalizada en los humanos a intentar controlar sus eventos privados.

La información provista en Hayes et al. (1996, 1999), Luciano y Hayes (2001), Pennebaker (1985,

¹ Las cuatro terapias, con un marcado basamento conductual, tienen elementos comunes (Wilson et al., 2001): las cuatro son contextuales y radicalmente funcionales, muestran una gran sensibilidad con el uso y análisis de la conducta gobernada por reglas, son experienciales e incluyen la aceptación y componentes de cambio; utilizan el lenguaje a veces de

forma no literal (con ejercicios, metáforas o paradojas, según terapias); se centran en el papel clave de la relación terapéutica, y, finalmente, las cuatro enfatizan la clarificación de valores, aunque es ACT la terapia que más claramente establece esta actuación.

1988), Marlatt (1994) y Wilson et al. (2001) permite revisar, siquiera sea sucintamente, varias áreas de investigación que tienen en común la evitación experiencial y que aportan información clínica y experimental sobre algunos aspectos fundamentales para entender la naturaleza del patrón cronificado de evitación, entre ellos la supresión de pensamientos y del dolor, los estilos de afrontamiento de los eventos internos y el impacto de la tendencia excesiva a dar razones o reflexionar como estilo de afrontamiento.

En primer lugar, la investigación sobre *supresión de los pensamientos* no deseados y los intentos de controlar el dolor a través de la supresión de pensamientos muestra que tales intentos de control resultan inservibles para conseguir el objetivo propuesto y perjudiciales psicológicamente hablando según los valores de uno. Los datos clínicos disponibles (por ejemplo, Brewin, Watson, McCarthy, Hyman y Dayson, 1998; Purdon, 1999; Moser y Anis, 1996; Foa y Riggs, 1995) señalan que cuanto más se esfuerzan los clientes en suprimir los recuerdos, pensamientos o sensaciones que no desean, más presentes se hacen éstos y más se amplía su impacto a otras áreas de la vida. Sería el caso cuando se instruye a una persona a que no piense en algo que le hace sufrir. Si tal instrucción es seguida deliberadamente y la persona se implica de lleno en un plan dirigido a evitar o escapar de tal pensamiento, *la misma acción de supresión implicará el material evitado*, de manera que el efecto logrado será efímero y, más tarde, el material previamente evitado terminará siendo más prominente, algo que también ha sido observado en un plano experimental (por ejemplo, Wegner, 1994). Tal cosa sucede también, por ejemplo, cuando una persona se emplea a fondo para evitar o suprimir las sensaciones referidas a las ganas de fumar (Marlatt, 1994). Estudios experimentales sobre diferentes tipos de estrategias en situaciones de dolor han confirmado esta afirmación. Por ejemplo, instruir a los sujetos (que mantienen su mano sumergida en agua a temperatura muy baja) para que controlen sus sensaciones dolorosas dejando de pensar en el dolor que les produce provoca, con posterioridad, un efecto de rebote del

pensamiento suprimido que, por el contrario, no es tan evidente cuando se instruye a los sujetos para que se centren en las sensaciones de dolor en la mano o en estrategias de distracción como medio de afrontar el dolor.

En la misma línea, ha sido confirmado que el estado de ánimo en cuya presencia se produce la supresión de pensamiento *adquiere propiedades discriminativas para recuperar el pensamiento* que pretende ser evitado (Wenzlaff, Wegner y Klein, 1991; Dougher y Hackert, 1994), de manera que queda establecida una coordinación entre el estado de ánimo negativo, el pensamiento y la supresión.

Este efecto rebote del pensamiento es sensible a los diferentes contextos en los que se ha evaluado la supresión, de modo que si se fomenta la supresión en un contexto particular de estado de ánimo ocurre que la reexperiencia del pensamiento suprimido alcanza niveles superiores a los previos en tal contexto de supresión (por ejemplo, véanse Wegner, Schneider, Knutson y McMahon, 1991; Wegner y Zanakos, 1994; Wenzlaff, Wegner y Klein, 1991). Además, estos efectos paradójicos de la supresión incluyen un nivel de malestar superior y un tiempo más prolongado de recuperación de la sensación de dolor (Cioffi y Holoway, 1993). Estos efectos se han replicado (Hayes, Bissett, Korn, Zettle, Rosenfarb, Cooper y Grundt, 1999; Gutiérrez et al., 2002) al contrastar la estrategia de control frente a la de aceptación del dolor, resultando esta última en un nivel de tolerancia superior del dolor y en una reducción en la credibilidad del dolor como causa para hacer otras actividades, datos coincidentes con los obtenidos en la recuperación de traumas emocionales (véase, por ejemplo, Pennebaker, 1985, 1988).

Además de los indicados, Wilson et al. (2001) han resaltado dos efectos de la estrategia de supresión que definen su impacto negativo. Por un lado, ocurre que al ser un acto deliberado su resultado ha de ser evaluado, de manera que, de vez en cuando, la persona ha de *revisar si ya no piensa en lo que no quiere pensar* e, inevitablemente, *esto le conduce a pensar en ello* volviendo la estrategia circular. Por otro lado, el acto de supre-

sión responde al contexto de literalidad, y su práctica no hace sino *fortalecer la literalidad del material evitado* como si de material objetivado se tratase; esto es, fortalece el evento privado *como si fuera un objeto a evitar*, en vez de situarlo como un proceso verbal a ser observado mientras se actúa en una dirección valiosa. A la par fomenta el contexto de dar razones centrado en el pensamiento como causa.

En segundo lugar, aunque íntimamente relacionado con la supresión de pensamientos, la literatura disponible sobre los *estilos de afrontamiento de los eventos privados* muestra el nivel de ineficacia e incluso el cariz patológico que puede ofrecer la estrategia de evitación en sus diferentes formatos, uno de los cuales es la denominada *rumiación*. Los estilos de supresión en el afrontamiento de la emoción negativa o dolorosa tienen las mismas características que los ejemplos que han sido analizados en la vertiente de la supresión de pensamientos, esto es, un alivio temporal seguido de un incremento que implica la extensión de la emoción negativa a más ámbitos de la vida (ampliando así la red), todo lo cual potencia el contexto de literalidad y de dar razones centradas en los eventos internos (véanse De Genova et al., 1994; Bruder-Mattson y Hovanitz, 1990; Nardone y Watzlawick, 1993; Nolen-Hoeksema y Morrow, 1991; Pelechano, 1999). A favor de esto último estarían las conclusiones (véanse Greenberg y Safran, 1989; Pérez Álvarez, 2001, y la revisión de más de mil estudios llevada a cabo por Orlinsky y Howard, 1986) que restablecen el correlato positivo más consistente para la obtención de buenos resultados terapéuticos en el hecho de que las personas muestren un nivel alto de disponibilidad para «estar en contacto con sus sentimientos».

En esta misma línea de argumentación caben los datos concernientes al *tipo de razones* que la gente ofrece sobre su comportamiento, y el hecho de que tales razones se centren en los eventos internos cuando se trata de explicar los actos humanos. Este tipo de *causalidad centrada en los eventos internos* forma parte del contexto cultural en el que los niños se socializan y adquieren el autoconocimiento, tal

como hemos señalado en el capítulo 2. Según esto, por un lado los eventos privados serían razones suficientes o determinantes para comportarse de un modo u otro. Por otra parte, como inevitablemente, los eventos privados tienen una función positiva o negativa según la historia personal, ciertos pensamientos, sensaciones o recuerdos gustan, mientras que otros son tenidos —cuando no vividos— como negativos, de modo que en el primer caso su presencia no es motivo alguno de malestar y dichos eventos internos cumplen la función verbal-discriminativa para comportamientos hacia lo que uno quiere. Sin embargo, cuando los eventos privados se viven negativamente, pueden llegar a cumplir funciones verbal-discriminativas para comportamientos de control de esas experiencias privadas, como condición para vivir. Lo malo es que la valoración de los eventos privados negativos como buenas razones (o causas) para actuar (por ejemplo, «para evitar o reducir la ansiedad me quedo en casa») no es necesariamente la solución más eficaz si una persona quiere abrirse en su vida a múltiples circunstancias y facetas.

En diferentes estudios controlados, así como en el ámbito clínico, se ha mostrado que *valorar los eventos privados vividos negativamente como «buenas» razones que justifican actuaciones limitantes* coloca a la persona en un círculo de razonamiento que justifica sus conductas y dificulta considerablemente el cambio deseado. Por ejemplo, potenciar los estados de ánimo negativo como causas de las acciones depresivas o limitantes proporciona las condiciones propias para «rumiar» en relación a los estados de ánimo negativo y, finalmente, conduce a la supresión y evitación de los efectos negativos correspondientes, a pesar de que pueda creerse que rumiar tiene algún beneficio y que es razonable hacerlo (por ejemplo, Addis y Jacobson, 1996; Addis y Carpenter, 1999; Borbovec, Hazlett-Stevens y Díaz, 1999; Nolen-Hoeksema y Morrow, 1991). La cuestión es que el comportamiento de rumiación o autorreflexión excesiva potencia sistemáticamente el *contexto de explicar*, de buscar causas, de aludir a circunstancias, de volver sobre lo andado, de entretenerse

en el pasado y buscar y rebuscar sobre lo ocurrido y lo que ocurrirá.

En esta línea, Hayes et al. (1999) han planteado lo limitantes que llegan a resultar los estilos centrados en un evento privado como es *la necesidad de sentirse bien*. Tal necesidad requiere *comprobar* si uno se «siente bien» y, por tanto, si ha desaparecido o aún no se ha producido un estado de malestar que uno desea evitar, con todas sus fuerzas, como una razón válida para poder hacer lo que se quiere. Considérese, por ejemplo, una cliente distímica que, a diario, se implica en diálogos internos que interfieren con la experiencia que pueda estar viviendo en cada momento. Supóngase que esta persona acude a una fiesta y, sin tardar mucho, comienzan las preguntas autorreflexivas sobre la manera en la que está funcionando allí (del tipo, por ejemplo, de «¿lo estaré haciendo bien?», «¿tiene sentido mi presencia aquí?», para lo que acudirá a claves funcionales para ella en aquel ambiente social como un modo de encontrar la respuesta. Así, probablemente revisará si la gente establece o no contacto visual con ella, si se alejan de su lado, si está siendo ignorada, revisará lo que dicen, y más y más... diálogo autorreflexivo que va desde las huellas de lo que allí está ocurriendo hasta cómo ella «se ve» en dicha situación («¿qué hago yo aquí con esta gente?», «¿estoy siendo yo realmente?», «¿soy tan feliz en este lugar como aparentó?», «¿me estoy divirtiendo, a qué vine?», etc.).

La cuestión central es que el razonamiento sobre cómo uno se siente o lo que piensa en cada momento impide establecer contacto con otras experiencias en el ambiente. La cuestión, así, es que la necesidad de tener razones convincentes para hacer las cosas que uno hace, un fenómeno casi inevitable en los seres humanos, puede resultar perjudicial cuando se generaliza a través de muchas

actividades y áreas importantes para uno, y resulta más problemático cuanto más centradas están las razones en los eventos privados.

La búsqueda de razones que expliquen y justifiquen los actos gira en torno a los eventos privados como causas de lo que se hace. Este proceso hace que el hecho de «tener» la explicación del porqué de un comportamiento y actuar en relación a esa explicación sea un potente reforzador que, en ciertas áreas de la vida, permite resultados adaptativos pronosticables y controlables, pero que no es así cuando se trata de explicar comportamientos cuyas raíces son, con frecuencia, remotas y apenas conocidas por quien se comporta. En tanto que la accesibilidad a lo ocurrido en el pasado es muy limitada, la comunidad enseña a utilizar los elementos próximos al comportamiento como explicaciones, de manera que las causas remotas acaban sustituyéndose por elementos contiguos al comportamiento, principalmente en el ámbito de los sentimientos y pensamientos (véase Luciano y Hayes, 2001).

Así pues, razonar o reflexionar en torno al propio comportamiento es una reacción útil en ciertos contextos pero puede resultar en acciones limitantes en otros. Es el caso de quien acaba limitando su propia vida debido al continuo flujo de reflexiones/rumiasiones² previas y subsecuentes a cualquier actuación.

El contexto verbal de *explicar o reflexionar sobre el porqué de lo que se hace centrado en causas que no lo son* tiene como resultado potenciar el contexto de dar razones y de *tener razón*. Tener razones disponibles para explicar lo que uno hace y estar en lo correcto al hacerlo son potentes reforzadores establecidos en la historia socioverbal de cada persona. De modo que desdeñarse o aceptar la evidencia de que las razones que uno da no lo son, o que el proceder no da la razón a quien así lo creía, son con frecuencia interacciones de castigo que se intentan evitar.

arreglo y cada vez estoy más desanimada y me siento peor. Tengo que salir de esto, no lo aguantó más, tengo que sentirme mejor y olvidar lo estúpida que soy; ¿por qué me sentiré así de mal? Tengo que pensar bien de mí y me sentiré mejor...».

Tomando en consideración este marco social resulta que contrariamente a lo que se cree los intentos conscientes de comportarse en la dirección de evitar o escapar de algo no son necesariamente eficaces en áreas como los eventos privados. Hay un número de razones que podrían explicar por qué la evitación emocional llega a tener un efecto dañino al alejar a la persona de lo que quiere y que explicarían también por qué su antípoda, esto es, la aceptación psicológica de emociones y otros eventos privados que resultan aversivos, es la opción beneficiosa para hacer aquello que a uno le importe. En el siguiente apartado, especificaremos algunas de las condiciones en las que se ha observado que el patrón de evitación experiencial debe ser cambiado por un patrón de aceptación de los eventos privados.

2. PSICOPATOLOGÍA EN LA EVITACIÓN EXPERIENCIAL

Desde una perspectiva contextual-conductual se enfatiza que los factores que contribuyen al patrón de evitación se fundamentan en la misma naturaleza del lenguaje humano y en el apoyo cultural que convierte a los eventos privados en causas del comportamiento. La evitación es, por tanto, un comportamiento natural, en el sentido de consubstancial a la naturaleza socioverbal de la cognición humana y que sólo bajo ciertas condiciones se convierte en patológico.

Como ya hemos señalado en el capítulo previo, *el contexto socioverbal resulta determinante en la provisión de funciones derivadas a objetos, actividades y sensaciones corporales, al propio comportamiento, en suma*, y es responsable no sólo del conocimiento derivado sobre el mundo («una mesa se compone de...», «el río Danubio pasa por...»), sino también del conocimiento derivado sobre uno mismo, sobre el yo, tanto al nivel de perspectiva como de los contenidos del yo y sus funciones (véase capítulo 2). La comunidad verbal es, así, responsable de los razonamientos que proporcionamos sobre nosotros mismos y de los planes y estrategias que emprendemos para con-

trolar lo que deseamos y para eliminar lo que no valoramos como bueno o positivo para nuestra vida (véase capítulo 1).

Un ejemplo típico de los eventos privados que las personas rehúsan es la ansiedad, que no se define únicamente por sus propiedades fisiológicas, sino principalmente por su naturaleza verbal. Cuando una persona rechaza la ansiedad como algo aversivo, lo que está rehusando no podría definirse sólo como una determinada serie de estados o sensaciones corporales de activación fisiológica (como en los organismos no verbales), sino que en el caso de los humanos es una valoración negativa de ciertos eventos (véase Lazarus, 1982); una categoría verbal evaluativa y descriptiva que integra una amplia variedad de vivencias, entre ellas recuerdos, pensamientos, valoraciones y comparaciones sociales (Hayes et al., 1996).

2.1. Naturaleza verbal de la evitación experiencial

Habiendo especificado la naturaleza del lenguaje y habiendo descrito la naturaleza de los eventos verbales, es momento de centrarse en la naturaleza específicamente verbal de la evitación experiencial, y lo haremos siguiendo lo expuesto en Hayes et al. (1996, 1999), Luciano y Hayes (2001) y Wilson et al. (2001).

Señalar que la naturaleza del TEE es verbal no significa que la conducta de evitación deba ser explicada o tenida como algo que se genere y ocurra en *el interior de la persona*, reduciendo la consideración de su explicación al pensamiento, los sentimientos, las sensaciones corporales, etc. Por el contrario, estos eventos privados (verbalmente construidos) son una parte del problema y, consecuentemente, necesitan ser explicados tanto como han de explicarse las relaciones arbitrarias entre ellos y los comportamientos que controlan y que finalmente limitan la vida de una persona. Específicamente, decimos que el TEE es un *proceso verbal* debido a varias características que pasamos a exponer.

En primer lugar, lo es porque la persona que muestra el TEE tiene un *plan consciente* que con-

² Por ejemplo, «no acudí a la fiesta porque no me sentía animada. Si me hubiera sentido apoyada habría sido diferente. Si hubiera tenido fuerzas habría llamado a María y seguro que me habría animado a ir. Ahora podría estar en la fiesta y haber conocido gente y... Soy un desastre, no tengo

sidera valioso o útil para eliminar o evitar eventos privados. En segundo lugar, lo es porque los eventos privados (pensamientos y sentimientos) tienen funciones verbales y están implicados en el problema psicológico, en vez de ser su causa.

Apelar a la naturaleza verbal de los eventos privados supone un análisis no sólo basado en las contingencias directas, sino en la derivación, en tanto que las contingencias directas podrían sustentar una evitación a lugares públicos, pero no podrían dar razón de la evitación de los propios pensamientos y sentimientos sobre dichos lugares (Friman, Hayes y Wilson, 1998). Para explicar éstos se requiere un análisis de las contingencias verbales complejas implicadas en la disposición humana para considerar, clasificar o categorizar arbitrariamente prácticamente todo lo que percibe como algo negativo o bien algo positivo (en un rango que va desde los eventos con propiedades físicas hasta los eventos con propiedades exclusivamente verbales). Por ejemplo, el dolor se valora como algo negativo o bien positivo dependiendo de circunstancias, y lo mismo ocurre con las palpitaciones, el llanto o cualquier objeto, desde una foto, una palabra o una señal hasta cualquier pensamiento o recuerdo. De este modo, resulta necesario contemplar no sólo la valoración, sino también la respuesta a estos eventos en el marco de la historia personal (que será fruto de lo que una persona haga ante las valoraciones negativas).

Estrictamente hablando, cabe esperar que la conducta de evitación sólo ocurra en humanos con repertorios simbólicos, de manera que tanto los orígenes de la conducta de evitación como su resolución han de ser cuidadosamente trazados mediante el análisis del impacto que la comunidad verbal ejerce, especialmente en lo que se refiere al «autoconocimiento».

2.2. Contextos verbales de la evitación experiencial

Pronto en el curso del desarrollo humano (y en el de los animales no humanos) se adquiere un repertorio versátil de vigilancia y retirada de ciertos eventos que calificamos como aversivos y que,

básicamente, implican dolor o peligro. Sin embargo, los niños que se desarrollan en ambientes verbales llegan a ser hablantes y oyentes, como el resto de los componentes de su contexto social, estableciendo numerosas respuestas en condiciones que se califican como *pensar* y como *sentir* unas u otras emociones o sensaciones corporales (véase capítulo 2).

Esto es, las respuestas socialmente establecidas como pensar, sentir, emocionarse o recordar llegan a participar en relaciones de contingencias cuyo efecto se expande a través de los eventos en relación por la historia individual. A través de la bidirección, combinación y transformación de funciones, las respuestas al propio comportamiento pueden llegar, en sí mismas, a ser aversivas, de modo que las estrategias de evitación puestas en marcha con cierto éxito (reducen el malestar) potencian la función aversiva de los eventos privados evitados tanto como el carácter aversivo de las respuestas a tales eventos (Hayes et al., 1996; Friman, Hayes y Wilson, 1998) (véase p. 61).

Desarrollar la regulación verbal de la evitación en algunas áreas resulta muy adaptativo y es una cuestión de supervivencia pura; por ejemplo, cuando se evita caer al vacío ante la advertencia «¡cuidado!» o se evitan peligros ante «Animales peligrosos». Sin embargo, no es éste el caso cuando una persona se implica en la evitación de sus propias emociones o sentimientos de confusión, ira, dolor, pena o miedo, traídas al presente por las funciones históricas y vividas como peligrosas. Este sistema de funcionamiento reduce o distorsiona el conocimiento sobre la propia historia y sobre las contingencias que rodean a la propia conducta. Dicho de otra manera, responder a la propia conducta es un reactivo que altera la función de las circunstancias en las que está la persona y transfiere funciones al mismo hecho de responder (Hayes y Wilson, 1993). En consecuencia, el funcionamiento socioverbal proporciona las condiciones y marcos básicos en los que se asienta el autoconocimiento, tanto el que llega a resultar eficaz como el que llega a resultar ineficaz para la persona (véase cap. 2, p. 57). Por la importancia conceptual que tienen, resulta necesario centrarse en

tales condiciones haciendo hincapié en las características de los contextos verbales y los tipos de regulación verbal problemáticos que están en la base del TEE (véase en Hayes y Hayes, 1992; Hayes et al., 1996; Hayes et al., 1999; Luciano y Hayes, 2001; Wilson et al., 2001), específicamente los cuatro que se detallan a continuación.

El primero de ellos sería el *contexto verbal del significado literal o de la literalidad*, que supone responder a un evento en términos de otro y es lo que permite la actuación simbólica en tanto que las funciones del referente están parcialmente presentes en el símbolo y viceversa. El contexto de literalidad proviene de los marcos de relación entre estímulos y las funciones que alguno de ellos pueda tener, de manera que las palabras aparecen *cargadas de función verbal* (aversiva o reforzante y discriminativa). Cuando la distinción entre las palabras y sus referentes se pierde y ambos llegan a ser funcionalmente equivalentes, las palabras pueden terminar siendo evitadas tanto como los eventos reales con los que se relacionan.

Por ejemplo, por las propiedades que permiten la bidirección, una víctima de abuso sexual no sólo evitará en el presente cualquier situación o señal relacionada con el abuso, sino que igualmente evitará sus propios pensamientos sobre el abuso sin diferenciar, en el plano de la evitación, la palabra del signo y su función o efecto directo/derivado. O, lo que es igual, *sin tomar la perspectiva que provee el yo-contexto en relación al yo-contenido y al yo-proceso*. Cuando los contenidos del yo (el yo-conceptual) no se sitúan en el marco del yo-contexto, entonces la persona queda atrapada en la literalidad de los contenidos y actuará irremediablemente como si esos contenidos estuvieran en el aquí y ahora en vez de en el allí y entonces. O sea, que sin las oportunidades precisas para formar el yo-contexto, acontece una *fusión entre el pensamiento, la valoración y el yo como contexto*, lo que obliga a una actuación bajo control de la fusión que, con frecuencia, resultará perjudicial. Esto ocurre debido a las propiedades ya estudiadas de la bidirección, combinación y transformación de funciones, de modo que las valoraciones al respecto de acciones o de pensamientos y senti-

mientos (como contenidos) se transfieren o transforman al contexto de todos ellos (uno mismo) de tal forma que sin el entrenamiento pertinente no se distingue entre: a) «lo que uno piensa»; b) el proceso de pensar como algo en marcha; y c) el contexto o base de todo ello. Los marcos de relación implicados son varios y confluyen en el marco de la perspectiva (véase cap. 2, p. 57).

Así, las palabras «van» cargadas de función según los marcos en los que ocurren y de acuerdo con la historia individual. *No quedar atrapado en la literalidad de las palabras* supone aprender a discriminar cuándo la literalidad es útil y cuándo no. Por ejemplo, que la palabra «¡Peligro!» contenga función aversiva y una persona se comporte de acuerdo con ello (evitando fumar) sería efectivo si ella valora parte del contenido de la relación conocida entre tabaco-cáncer. Sería máximamente efectivo si se hace en relación a tocar un cable de alta tensión o ante la presencia de un animal cuya mordedura se sabe mortal. Pero no lo será cuando «¡Peligro!» se asocia a tener dudas sobre uno, y esto se vive opuesto a la vida, de forma que se lucha contra las dudas para evitarlas tanto como se evitaría el peligro ante el cable de alta tensión o el animal peligroso.

Repárese en que, como ya hemos mencionado, *no es del contenido* del mensaje verbal de donde proviene la función, sino de *los contextos históricos que serían los responsables de que ciertos pensamientos se vean como requisitos para poder ser feliz, y de que ciertas claves actualicen un pensamiento y una función aversiva. Dada la regla de un tipo de pensamiento o sentimiento (sentirse bien, pensar bien) como requisitos para poder hacer lo que uno quiere, la actuación es única en esa dirección: primero hay que sentirse bien. El control de la experiencia privada, desde luego, tiene un coste que es la falta de flexibilidad en la vida. No obstante, la cuestión es si finalmente limita la vida a quien se ajusta a tal regla.*

El segundo de los contextos verbales establece la valoración de los eventos o provee el valor a las palabras. Se basa en acuerdos verbales convencionales propios de cada cultura, subcultura o grupo, sobre lo que está mal o bien, es saludable o peligroso, resulta normal o anormal, es adecuado o no. Esto

es, implica el aprendizaje de marcos comparativos, de oposición, y otros (véase p. 57), siendo la comunidad de hablantes la que establece tales marcos y el valor de la función verbal de cualquier evento: por ejemplo, el valor negativo a lo que se entiende como humillación, depresión, infelicidad, soledad y muchos eventos directa o indirectamente relacionados.

De acuerdo con las características que definen la literalidad, cuando la valoración de un evento se fusiona con el objeto o evento en sí mismo ocurre que se considera como si fuera una propiedad intrínseca a él. Debido a ello, un pensamiento, recuerdo, sensación corporal o emoción (socialmente entendidos como tales) pueden ir cargados de funciones que se viven fusionadas a un valor (como algo malo y peligroso) y que sin la perspectiva suficiente no permite diferenciar entre el sí mismo trascendente que tiene el pensamiento del pensamiento que se tiene y de la carga que lleve en ciertas condiciones. Los eventos privados, por tanto, no se viven como pensamientos o sensaciones que se están teniendo o que están fluyendo, sino que la persona y el pensamiento con función negativa quedarán en el mismo plano, en vez de considerar el evento privado como algo a ser notado, observado o contemplado sin más. Los contenidos privados en forma de pensamientos y emociones se construyen verbalmente y adquieren funciones motivacionales y discriminativas para el escape y la evitación, excepto que tales contenidos cognitivos, como parte del yo-conceptual, se sitúan desde el yo-contexto. Consecuentemente, al cambiar el contenido desde el aquí y ahora al contenido en el allí y entonces, ese contenido aunque molesto queda como algo a ser observado en vez de algo a remover y por tanto proporcionando la opción de elegir la estrategia que el cliente desee de acuerdo con sus valores.

El significado literal de la evaluación crea, por ello, una ilusión de maldad, peligrosidad o desagrado como si se tratara de cualidades inherentes a la sensación corporal o al pensamiento en sí mismos. Esa ilusión verbal llega a estructurar nuestro ambiente de una forma tan poderosa que la naturaleza indirecta y la evaluación arbitraria quedan

ocultas, no se hacen evidentes, y las propiedades de las cosas se confunden con sus evaluaciones. Éste es el caso cuando no se diferencia entre «soy malo» y «soy yo, y tengo el pensamiento [soy malo]» (como un pensamiento ahí y entonces por la relación histórica que corresponda).

La literalidad es también un hecho cuando un «latido cardíaco rápido e irregular» (Hayes y Wilson, 1995), que es funcional, no se vive como un corazón latiendo, sino que se vive en el contexto de las formulaciones verbales socialmente adquiridas sobre «lo que es rápido o irregular» y su significado en este contexto («es una enfermedad» y «es una amenaza de muerte rápida»), de manera que se establece una relación automática entre sentir aquello como terrible y actuar con la urgencia que precisaría la inminente ocurrencia de lo terrible. Igual ocurriría cuando se vive el pensamiento «estoy vacío, no sirvo para nada», y se actúa de forma limitante, literalmente; o cuando se vive literalmente el pensamiento delirante de ser perseguido y se actúa a fin de acabar con «la persecución», como si ésta estuviera ocurriendo. O sea, sin diferenciar entre el hecho de la persecución y el pensamiento de estar siendo perseguido. Así, se llegan a rechazar (con la acción) los pensamientos de temor, de dudas, de soledad, tanto como las circunstancias o los hechos terribles, o de aislamiento o de incertidumbre.

De modo similar, si se dice a una persona que «tener confianza en uno mismo» es un signo de «salud mental», cuando esta persona contacte con algo relativo o en equivalencia (de acuerdo con su historia) a sensaciones de salud un resultado posible será que sienta confianza. Pero también cuando se derive un sentimiento o sensación de «dudar de sí mismo o no tener mucha confianza», entonces se derivará que «no tengo salud mental», y todo ello acompañado de una valoración negativa (Luciano y Hayes, 2001). Estas valoraciones transformarían las contingencias reinantes en cualesquiera actividades presentes y todo se viviría de un modo aún más negativo ante la perplejidad de quien lo vive y de quienes le rodean (Dougher y Hackert, 1994). A la par, de acuerdo con las normas culturales comunes que señalan lo inadecuado y/o peli-

groso de ciertos pensamientos y sensaciones, esta persona ha de hacer algo para evitar o acabar las emociones y los pensamientos negativos que tanto malestar le producen y que encuentra incompatibles con poder actuar para hacer su vida (Hayes y Wilson, 1993, 1995). De este modo, la cultura proporciona un contexto en el que *estar psicológicamente sano es estar libre de ciertos procesos emocionales y cognitivos*, por lo que, llevada al extremo esta creencia, «estar en coma» sería el estado perfecto de bienestar psicológico: nada de ansiedad, ningún conflicto, ninguna duda, ningún miedo, nada de que preocuparse (Hayes et al., 1995). Sin embargo, la cuestión es plantearse al servicio de qué está tal tipo de evitación basada en la búsqueda de este tipo de bienestar, o lo que es igual, cuál es el coste de las acciones encaminadas al control de los eventos privados, de cara a lograr la vida plena que una persona elija tener.

El plan para controlar los experiencias privadas negativas sólo es factible si se cree —con la acción— que los eventos privados son las causas de la conducta y se ha establecido una regulación verbal del comportamiento para controlar tales causas, lo que nos introduce en la consideración del tercero de los contextos verbales que mantiene el TEB.

El contexto de dar razones y el apoyo cultural para la emoción y la cognición como causas de la conducta constituyen el contexto verbal que permite a una persona «explicar», «justificar» o «aclarar» las razones de su conducta sobre la base de sus eventos privados (Zettle y Hayes, 1986; Hayes y Hayes, 1992) y se fundamenta en la tendencia convencional a mantener o justificar lo que hacemos siempre que haya una buena razón para ello.

Ya hemos advertido de la efectividad que tiene el repertorio de explicar y actuar sobre las explicaciones y consecuentemente el valor social del hecho de tener buenas razones y de tener razón en lo que se hace. O, lo que es igual, parece que exponerse a la crítica o reconocer que uno está equivocado es un potente estímulo aversivo del cual los humanos, en general, tratan de escapar en su día a día. Consecuencia de ello es que

la persona queda atrapada en el contexto verbal potenciado socialmente de «tener razón», del valor reforzante de «ser coherente con lo que uno piensa», con «sus» normas o valores. Si tal estrategia se practica como eje central y rígido de funcionamiento, resulta altamente peligrosa por la estrechez de vida que provoca. Por ello, la lógica o regla cultural que establece el patrón de evitación experiencial es un razonamiento que llega a convertirse en una *trampa verbal* al ser tomado literalmente (Hayes et al., 1999).

Para entender esta trampa verbal hay que situarse en los postulados que el sistema social nos enseña, desde pronto, para explicar el comportamiento: apelar a *buenas razones* como tener o no tener ciertos pensamientos y sentimientos.

Dado este razonamiento, se sigue que para controlar o cambiar nuestro proceder no nos queda más camino que buscar la forma de modificar los pensamientos y sentimientos hasta encontrar aquellos que, finalmente, entendemos como apropiados para poder cambiar nuestro proceder.

De acuerdo con estas claves, una persona que entienda que sus pensamientos negativos son la causa de su conducta depresiva *tiene que* (en el sentido de *se ve obligada a...*) cambiar o evitar sus pensamientos y sentimientos para poder acabar con su conducta depresiva. De igual manera, una persona que entienda que sus recuerdos y sentimientos de culpa son los responsables de su alcoholismo *tiene que* cambiar o evitar sus recuerdos y sentimientos de culpa para poder renunciar al alcohol.

Más aún, una persona que explique su depresión por su historia de maltrato *tiene una buena razón* para tener depresión, y lo más grave es que para acabar con la depresión tendría que eliminar su historia de maltrato (Barnes, Hayes y Dymond, 2001). La experiencia en estos clientes es que cuanto más sensibles son a estas reglas, esto es, cuando más intentos deliberados hacen para cambiar sus malos, dolorosos o insoportables pensamientos con el propósito de sentirse bien, más probable es que tales pensamientos se acrecienten, se extiendan y a la par su vida quede muy mermada. Esto ocurre porque todos estos conte-

nidos y procesos del yo no se sitúan en el yo-contexto y por tanto al vivirse en el aquí y ahora la persona está obligada a actuar deliberadamente para evitar o escapar a tales eventos privados; al hacerlo se altera la función de estímulo de las contingencias presentes y se establecen las condiciones para un fortalecimiento de la estrategia de evitación como clase funcional. Corresponde, pues, analizar el cuarto de los contextos verbales en la base del TEE, que no es otro que la regulación verbal para controlar los eventos privados.

El contexto verbal del control de la emoción y la cognición. Las reglas explícitas de supresión de pensamientos y emociones y el fomento social del seguimiento de tales reglas forman el contexto de *control de los eventos privados no deseados y/o dolorosos*. Como indicábamos en el capítulo anterior, este tipo de control se inicia pronto en la vida, en tanto que se potencian los eventos privados como causas y se potencia su supresión como la mejor manera de poder actuar de acuerdo con los cánones sociales en los distintos roles sociales. La cuestión central no es la existencia de reglas, sino el *contexto de potenciación de las relaciones entre conductas*. Dicho de otro modo, del seguimiento o cumplimiento de reglas.

Es algo común y extendido potenciar el seguimiento de reglas tales como, por ejemplo, «llorar es malo», «debes controlar tus sentimientos y tus emociones para controlar tu vida», «debes controlar tu ansiedad para poder triunfar», «intenta olvidar eso lo antes que puedas, hace que te sientas mal y que no puedas hacer nada», «beber ayuda a olvidar, acaba con la angustia y permite seguir viviendo», etc. Al otorgar *apoyo explícito para controlar los sentimientos, los pensamientos, las sensaciones corporales o los recuerdos* se está fortaleciendo el marco de «si controlo mis pensamientos y mis sensaciones, me sentiré bien y, entonces, podré controlar mi vida». O sea, al reforzar explícitamente el seguimiento de estas reglas se potencia directamente el tener razón o hacer lo correcto de acuerdo con ellas.

Para explicar estos tipos de regulación verbal

se ha de apelar a las condiciones históricas que propician una *sensibilidad al seguimiento de reglas de evitación y al mantenimiento cronificado y/o generalizado en una estrategia de evitación* que a la persona no le acabe funcionando en lo central en su vida. El siguiente apartado define estos tipos de regulación verbal ineficaces que caracterizan el trastorno de evitación experiencial.

2.3. Clases de regulación verbal inefectivas del TEE

Ya especificamos en el capítulo anterior los tipos de regulación verbal que resultan típicos del proceso de socialización (véase p. 61). Tal regulación es la base del contexto verbal del control —en este caso— de los eventos privados al que nos referíamos más atrás y que llega a conformar clases de relaciones conducta-conducta. Dicho proceso se conforma a través de múltiples ejemplos o episodios, con contingencias directas y mediadas socialmente, para relacionar lo que se dice y lo que se hace y, más tarde, lo que se consigue a corto y a más largo plazo, hasta el punto de generar comportamientos de autocontrol y *morales* o controlados por consecuencias verbales muy abstractas. Dada la complejidad y extensión del fenómeno, en lo que sigue nos centraremos en los tipos de adherencia a reglas o relaciones conducta-conducta que propician la construcción y mantenimiento del patrón cronificado de evitación experiencial.

La evitación experiencial es un ejemplo de conducta gobernada por reglas que contradice el resultado, ya que la regla específica *lo que* ha de evitarse y *cómo* ha de evitarse e incluye los resultados inaceptables para el sujeto caso de no conseguir evitar el evento aversivo. Sin embargo, si la adherencia a tales reglas va en contra de lo que una persona desea para su vida, entonces esa regulación verbal sería destructiva y definiría el TEE. La regulación verbal que atrapa el patrón cronificado de evitación experiencial tendría tres tipos de seguimiento (Hayes et al., 1999):

1. El seguimiento o cumplimiento de reglas motivado por la obtención de consecuencias mediadas por otros —*pliance*—. En su nivel problemático, estaríamos ante un *pliance* generalizado como un patrón rígido de evitación.
2. El seguimiento de reglas por rastreo de huellas —*tracking*— improbables, paradójicas o sobredimensionadas.
3. El seguimiento de reglas por alteración —*augmenting*— con consecuencias abstractas o remotas.

Veamos con algún detalle estos tres aspectos.

En primer lugar, en el TEE es frecuente una regulación verbal excesiva o generalizada motivada por las contingencias mediadas por otros. Se observa una *necesidad excesiva y rígida del cumplimiento de reglas de evitación, en cuyo proceso las contingencias mediadas por otros son el elemento esencial de control*. Esto ocurre cuando en el proceso de socialización no se han dado las condiciones para un *pliance* condicional a ciertas circunstancias y consecuentemente produce una dependencia de las contingencias que provienen o median otros. Este patrón anula o neutraliza que otras contingencias que acontecen al comportarse adquieran un valor funcionalmente importante al margen de lo que otros opinen y hagan. Se genera de este modo una falta de ajuste a las contingencias directas y sucesivas que provienen del comportamiento, simplemente porque éstas no han adquirido ningún valor para la persona (véanse los estudios sobre la insensibilidad a contingencias, por ejemplo en Hayes, Brownstein, Zettle et al., 1986; Catania, Shimoff y Mathews, 1989). Este tipo de regulación ha mostrado una correlación alta con patrones genéricos de rigidez a distinto nivel (por ejemplo, Wulfert, Greenway, Farkas, Hayes y Dougher, 1994; Gutiérrez y Luciano, 2001).

La regulación verbal generalizada de tipo *pliance* puede resultar destructiva si envuelve a la persona en torno al valor reforzante que tiene lo que otros opinen y el valor reforzante que tiene el hecho de tener razón a pesar de que así no consiga lo que quiere en su vida. La dependencia

sobre si lo que hace está bien o mal, es correcto o no, gustará o disgustará es un contexto en el que la importancia de tener buenas razones para actuar y de tener razón en el plan que sigue es esencial. Sin embargo, al centrarse en hacer las cosas *por lo que otros opinen* (bien para agradar, bien como contracontrol) anula las posibilidades de centrarse en las consecuencias directas de su comportamiento. Y esto puede acabar estrechando su vida.

Por ejemplo, la dependencia de una persona de «hacer algo para que otros respondan de un modo que le demuestre que está en lo cierto» limita su funcionamiento a las lecturas que hace del comportamiento de los otros. Así, esta persona se hallará envuelta en necesitar el apoyo, aliento y agrado de otros (y evitar lo contrario) para poder sentirse bien y no se sentirá bien si los otros no han respondido del modo que necesita. Cuando este patrón de evitación está presente y domina poderosamente, otras contingencias quedarán sin experimentar —aunque se anhelan— o estarán teñidas del valor de las contingencias dadas por otros.

Como ya se indicó en el capítulo previo (pp. 63-68), es esencial en el proceso de socialización que se produzca el cambio desde la regulación verbal mediada por otros hacia formas más funcionales de ajustarse al ambiente; es decir, es necesario que la regulación verbal se conduzca hacia el seguimiento por rastreo de huellas (*tracking*) y por reglas que alteran las condiciones presentes (*augmenting*). Habida cuenta de que el seguimiento de reglas por mediación de otros es un patrón de funcionamiento en el que se basan numerosos trastornos psicológicos, los terapeutas han de cuidar su comportamiento durante el tratamiento para reducir el impacto de este tipo de regulación durante la terapia. El significado destructivo de este tipo de regulación se amplía (véase Hayes et al., 1999) cuando, por ejemplo, se inscribe sobre lo que hay que hacer y se aplican contingencias para potenciar el cumplimiento de las prescripciones. Basar el tratamiento en una regulación que está en la base del problema no hace más que potenciarlo, aunque la intención

sea otra³. Cuando el patrón cronicado de evitación experiencial incluya la regulación excesiva del cumplimiento mediado por otros, el terapeuta debe cuidar sobremedida sus estilos verbales a fin de bloquear y no potenciar este tipo de regulación que está produciendo efectos destructivos sobre la vida del cliente. El estilo terapéutico habría de obviar el uso de fórmulas verbales que indiquen formas o señales concretas de agrado o desagradar al terapeuta, a fin de desestabilizar ese sistema de regulación y resituar la atención del cliente en el resultado de sus acciones por lo que significan para sus planes de vida.

En segundo lugar, en el TBE se observa un *seguimiento inefectivo por rastreo de huellas*, una regulación verbal del comportamiento sobre la base de reglas improbables, paradójicas, y una regulación verbal sobredimensionada o aplicada en áreas en las que resulta casi siempre inefectiva (Hayes et al., 1999).

Tal es el caso cuando: a) se siguen reglas que conducen a *resultados distintos a los formulados* (como profecías que se cumplen a sí mismas); b) se siguen reglas con *resultados improbables o difíciles de comprobar*, o c) se siguen reglas para controlar comportamientos que no requieren la regulación verbal, lo que supone un sobredimensionamiento del seguimiento de reglas.

Por ejemplo, supóngase una persona que actúe bajo el control de la regla «no soy una persona válida», «tengo que conseguir ser una persona interesante» (Hayes et al., 1999). La probabilidad de que confirme su sentimiento de «invalidez» es alta porque al actuar se mantienen todas las propiedades de la regla en sí misma, como una *profecía que se cumple a sí misma*, ya que emprenderá acciones bajo el plan de no verse como una persona sin valía, de manera que sea cual fuere el comportamiento de otros o los resultados obtenidos la verá o analizará siempre sobre la base de detectar la validez o inutilidad de uno mismo. Esto es, puede

que nadie le alabe, y concluirá confirmando su invalidez, pero si alguien lo elogia lo interpretará o atribuirá a otros factores (por ejemplo, pensará que no deberían hacerlo porque no se lo merece, o que lo hacen porque pretenden engañarle o reírse de él, o que si lo hacen es porque son estúpidos e incapaces de detectar su poca valía).

Lo mismo cabría decir de alguien que «no quiere sentirse sin confianza en sí mismo» y que busca deliberadamente la confianza en sí mismo. Las acciones que emprenda estarán todas en el marco de la desconfianza siendo tal seguimiento paradójico.

Un seguimiento sobredimensionado de reglas de rastreo ocurre cuando alguien tiene un plan o sigue reglas con el fin de alcanzar un resultado final. Por ejemplo, «desear ser una persona espontánea», cuando la espontaneidad es una clase de respuesta moldeada por contingencias, como lo es aprender a correr o a golpear una pelota. La adherencia de esa persona a fórmulas verbales sobre *cómo llegar a ser espontáneo* no conseguirá sino entorpecer el objetivo: pretendido como resultado paradójico. El proceso es el mismo cuando una persona intenta deshacerse del pánico que le produce una determinada situación o evento y pone un plan en marcha para conseguir hacerlo; su comportamiento se ajusta al seguimiento de «tengo que parar este pánico o de lo contrario no podré vivir...», pero el resultado es que lo que quiere parar se fortalece, hay más pánico y el ciclo se perpetúa.

En tercer lugar, los problemas en el *seguimiento de reglas por alteración* (*augmenting*) ocurren cuando una regla especifica que un proceso está unido a un resultado (por ejemplo, «tengo que quitarme estos pensamientos para poder vivir»), de manera que el resultado propuesto («poder vivir») funciona como una regla que altera el proceso (sentirse mal es un obstáculo). Una persona en tal contexto organiza su vida y la concentra

ducta como elementos de clases funcionales, aspecto que retomaremos al analizar las recaídas o la eficacia y dificultad de los tratamientos.

con el fin de alterar un particular proceso que se entiende determinante para poder vivir. La manifestación clínica más relevante (Hayes et al., 1999) de este problema es la tendencia a unir la forma y la cualidad de los eventos privados con el objetivo de tener éxito en la vida, o siquiera hacer lo que uno quiere. Se trata, pues, de reglas de rastreo (*tracks*) que actúan como reglas alteradoras (*augmentals*) que cambian la función motivacional de los estímulos presentes. Es el caso si el sistema que guía el comportamiento de la persona incluye la regla de que *sólo se puede tener una vida plena si desaparecen los recuerdos, pensamientos o las sensaciones negativas*, ya sean sensaciones corporales, o contenidos de visiones del pasado o del futuro, o voces, o cualesquiera otros contenidos psicológicos. Cuando la necesidad de cambiar estos contenidos cognitivos se convierte en el objetivo, las condiciones circundantes se tifican (o transforman sus funciones) por la necesidad de eliminarlos; se convierten en «las claves», en el «proceso determinante hacia vivir».

Los ejemplos de tal sistema de funcionamiento son numerosos y están disponibles en el sistema socioverbal. Por ejemplo, si una persona tiene pensamientos o recuerdos negativos sobre una relación personal y entiende que «sólo cuando desaparezcan podré centrarme en la relación presente, si no lo consigo será un desastre, tengo que controlar mis pensamientos», esta regla puede actuar alterando las funciones de la relación actual. Y si persisten, la persona terminará por abandonar la relación actual mientras lucha contra sus pensamientos y recuerdos a la espera de eliminarlos y sustituirlos por pensamientos positivos que guíen su conducta. Ejemplos similares son aquellos en los que alguien entiende que «tengo que quitarme de encima esta depresión para poder vivir bien», tratándola como si fuera un objeto molesto que se puede eliminar como se elimina un grano que afea la cara; igualmente, cuando un cliente manifiesta «necesito sentir el cariño de mis hijos para que mi vida tenga sentido» o sostiene que «para conseguir relacionarme tengo que creer en mí, en que puedo ser amado», o «si no estoy motivado, no

puedo trabajar», o «tengo que tener seguridad en que me saldrá bien para poder hacerlo».

Cuando el comportamiento de una persona se ajusta a estas reglas y el resultado de este funcionamiento adquiere propiedades limitantes, entonces hay que buscar alternativas a estos tipos de regulación. Uno de los principales obstáculos para ello es que el seguimiento de reglas está ubicado en el contexto de tener razón, y de tener «muchas» y «buenas» razones para actuar como lo hace. Sin embargo, la vida de esta persona no anda y no entra en contacto con las contingencias que orientan hacia lo que quiere. Sus eventos privados bloquean las acciones valiosas, ya que la persona no se diferencia de sus eventos privados, no puede verlos «sin pasión» y con distancia desde el yo-contexto.

La alternativa a estos tipos de regulación supone el debilitamiento de las reglas alteradoras que conducen a la lucha o el cambio inútil de los eventos privados valorados negativamente y vividos como barreras insalvables para hacer lo que realmente importa en la vida. Los clientes atrapados en un patrón de evitación experiencial de un modo u otro presentan un ajuste a reglas inefectivas equivalentes a las mencionadas; de ahí que el tratamiento funcional deba perseguir que el cliente aprenda a discriminar su funcionalidad respecto de lo que quiere en su vida: ¿le sirve el plan o no? Se trata, en suma, de que se debilite el seguimiento de reglas inefectivo en ciertos contextos (donde no le sirva al cliente por impedir recorridos valiosos) y se mantenga donde sí le valga. Dicho de otro modo, minar la coherencia literal del lenguaje en combinación con el incremento en la sensibilidad hacia las actuaciones reguladas que le sirven al cliente es el objetivo fundamental a perseguir en el tratamiento de estos casos. Un enfoque que no es compatible con los tratamientos cognitivos (o «conductuales-cognitivos») clásicos en los que el terapeuta sigue las mismas reglas que mantienen el patrón de evitación, en tanto que su objetivo es un tratamiento centrado en la reducción de síntomas cognitivos como un requisito para que el cliente pueda comportarse de un modo eficaz (véanse Luciano y Hayes, 2001; Forsyth, 2000). Pero esto es ya hablar de terapia, y a ello se dedican los capítulos siguientes.

³ Lo que trae a colación, una vez más, la necesidad de llevar a cabo análisis funcionales y no sólo topográficos de los problemas del cliente y considerar los ejemplos de con-

1. EL CAMBIO EN EL TRASTORNO DE EVITACIÓN EXPERIENCIAL. CAMBIAR EL CONTENIDO VERSUS CAMBIAR EL CONTEXTO VERBAL DE LOS EVENTOS PRIVADOS

Revisiones de los tratamientos dirigidos a cambiar los trastornos que tienen la evitación experiencial como factor crítico (por ejemplo, Bados, 1998; Echeburúa y Corral, 1998; Friman, Hayes y Wilson, 1998; Hayes et al., 1996; Hayes, Follette y Follette, 1995; Hayes, Jacobson, Follette y Dougher, 1994; Labrador, Cruzado y Muñoz, 1995; Linn y Garske, 1988; Luciano y Hayes, 2001) evidencian las variadas tendencias terapéuticas empleadas con este tipo de trastornos. Entre éstas destaca el empleo de la *terapia cognitiva*, que se centra, genéricamente, en los síntomas en términos del cambio en el contenido de los pensamientos u otros eventos privados sobre la base de que la cognición es la causa de comportarse desadaptativamente y su eliminación permitirá al cliente actuar para llegar a ser feliz.

En la terapia cognitiva se instruye al cliente para que «piense de otro modo, de un modo positivo», y el terapeuta se involucra en que así ocurra fomentándolo a través de la distracción, la discusión sobre la verdad o ^{de} lo que piensa, el examen de las evidencias, la reestructuración del pensamiento, la sustitución de los pensamientos negativos por otros positivos, ordenando parar los recuerdos, controlando la ansiedad, etc. En suma, potenciando de-

liberadamente el control de los eventos privados como solución a la evitación experiencial perjudicial, precisamente el contexto verbal que mantiene el trastorno.

Las reglas y estrategias dirigidas a la supresión del contenido cognitivo desagradable varían a través de los distintos programas de intervención, pero la cuestión a resaltar es el idéntico fin que persiguen y el contexto verbal en el que se amparan. Esto es, se potencian la literalidad y el marco evaluativo (unos pensamientos y sensaciones son valoradas como positivos y normales, mientras que otros se valoran como negativos, anormales e indicativos de enfermedad mental o de que algo está mal) y potencian tanto el marco causal de la experiencia privada como el contexto de control de ésta, a fin de resolver la paradoja en la que el sujeto se halla inmerso.

Tomando los principales tratamientos para intervenir en los trastornos de ansiedad (puede verse una revisión en Forsyth, 2000), resalta en todos ellos una concepción que alienta el dominio y el control de los síntomas como camino hacia la solución del problema. De este modo, la teoría y la terapia cognitivo-conductual se orientan al fortalecimiento en los clientes de lo ya dado culturalmente; esto es: a) que los pensamientos y sentimientos son la causa de su sufrimiento y los problemas en su vida, y b) que para vivir felices tienen que aprender (y la terapia les enseñará cómo) a manejar mejor sus experiencias privadas de ansiedad, sus pensamientos negativos e inapropiados,

de tal modo que tan pronto consigan manejar su mundo interno terminarán sus problemas y tendrán una vida feliz y productiva. Sin embargo, este tipo de estrategias, que concuerdan con el «sentido común» sobre lo que hace el ser humano y por qué lo hace, o sea, sobre lo psicológico (y por extensión sobre lo patológico), se ajustan a los contextos verbales que atrapan la evitación de la persona, no resultando efectivas en numerosos casos, especialmente a largo plazo.

Precisamente los tipos de tratamiento documentados como más efectivos con este tipo de problemas son los que emplean la *exposición al fenómeno temido* como técnica principal (por ejemplo, Barlow, Craske, Cerny y Klosko, 1989; Dugas y Laundoucer, 1997; Foa y Riggs, 1995; Friman, Hayes y Wilson, 1998; Goldfried y Davison, 1976; Hayes et al., 1996; Kohlenberg y Tsai, 1991; Lindehan, 1993; Wolpe, 1958), lo que vendría a reforzar indirectamente nuestros postulados.

La exposición ha sido la estrategia conductual dominante en terapia conductual y ha sido temida por la más efectiva, ya que permite la habituación y el reforzamiento positivo por aproximarse a lo temido, además de la extinción de las respuestas emocionales condicionadas. Sin embargo, está documentado que los diferentes procedimientos basados en la exposición (desde la implosión hasta la desensibilización sistemática) presentan tasas significativas de resistencia y rechazo en pacientes que requieren de ella para resolver el problema en curso (Friman, Hayes y Wilson, 1998; McCarthy y Foa, 1990); dato que parece estar relacionado con el hecho de que el tratamiento efectivo para la ansiedad no implica simplemente la exposición, en sentido meramente físico o topográfico (reforzamiento de movimientos sucesivos de aproximación al objeto temido), sino la *exposición a los eventos psicológicos* que acontecen en la aproximación a los objetos o las situaciones con funciones temidas. En la medida en que, como ya hemos señalado a lo largo de los capítulos anteriores, los procesos verbales son una parte integral de la evitación experiencial, éstos resultan algo mucho más difícil de manejar directamente. Por contra, las construcciones emocionales (funciones derivadas o verbales) no son incorporadas

y afrontadas en estos tratamientos cognitivo-conductuales o bien lo son sin demasiado acierto, y, consecuentemente, la exposición programada resulta necesariamente difícil (Friman, Hayes y Wilson, 1998).

En las terapias cognitivas, al potenciar una *estrategia de aproximación como forma de evitar la ansiedad* (véase, por ejemplo, Dugas y Laucedour, 1997) de un modo u otro se está potenciando un comportamiento acorde con la regla principal de que «para vivir hay que enfrentarse a la ansiedad para eliminarla porque es algo negativo», frente a la alternativa de estar dispuesto a exponerse a las sensaciones de ansiedad como una parte del camino a recorrer en la vida (un contexto verbal diferente).

En este mismo punto, las pautas centradas en instruir sobre lo que el cliente ha de hacer para eliminar deliberadamente los eventos privados que vive como aversivos pueden ser un objetivo imposible que sólo sirva para potenciar el contenido suprimido (véanse, al respecto, Wegner y Zanakos, 1994; Páez, Luciano, Gutiérrez y Ortega, 2002). Es así que los intentos deliberados por suprimir no se atienen de forma precisa al control verbal de intentar reducirlos, y, además, se fomenta la insensibilidad a las contingencias naturales de tal comportamiento mientras se potencia, una vez más, el valioso reforzador socioverbal de tener razón al comportarse para eliminar o reducir los eventos privados (Luciano y Hayes, 2001). La relevancia de los eventos privados ha sido reconocida por casi cualquier investigador desde casi todas las aproximaciones conceptuales, aunque la concepción más común es que al extinguir la reactividad pública al objeto temido se producirá paralelamente la extinción de la reactividad privada. Sin embargo, en tanto la ansiedad y el miedo en los humanos son eventos verbales, los procedimientos para su eliminación podrían ser insuficientes si las estrategias de exposición no incluyen todos o al menos la mayoría de los componentes que funcionalmente ocasionan la evitación desadaptativa (Friman, Hayes y Wilson, 1998). De hecho, la evidencia disponible muestra cómo la atención a los eventos privados temidos mejora claramente los resultados de los tratamientos basados en la

exposición (por ejemplo, Barlow, Craske, Cerny y Klosko, 1989), con resultados similares cuando tales estrategias se aplican a la experiencia de dolor (Hayes et al., 1999; Páez et al., 2002; Gutiérrez et al., 2002). Estos resultados coinciden con los obtenidos en laboratorio al comparar diferentes tipos de estrategias de exposición o «contemplación no apasionada» de los eventos temidos y con la información de las psicoterapias orientadas a la aceptación de los eventos privados como parte central de la solución (véanse pp. 78 y 80). Contrariamente a las terapias cognitivas, ACT es un tratamiento que se centra o guía por los valores personales para producir el cambio conductual, llevándolo a cabo a través del cambio de contexto verbal de los eventos privados en lugar de modificar su contenido.

2. CARACTERÍSTICAS Y PREMISAS DE ACT

La terapia de aceptación y compromiso se pronuncia como una sola palabra —ACT— para enfatizar la acción de *actuar* como lo esencial en una orientación centrada en los valores de cada persona. Es una aproximación basada en el contextualismo funcional y la investigación en marcos relacionales y de regulación verbal. Es un modelo de salud y no de enfermedad, ya que se entiende que el sufrimiento es universal y su causa principal es la intromisión del lenguaje en áreas en las que no es funcional o no es útil.

Desde esta perspectiva, tanto el terapeuta como el cliente están sujetos a la misma influencia cultural, ya que ambos son miembros del mismo sistema verbal y su historia contiene las operaciones o procesos que regulan la conducta, lo que no significa que la función verbal de cualesquiera circunstancias o eventos sea la misma. ACT está especialmente ajustada para pacientes o personas que muestran el trastorno de evitación experiencial de un modo crónico y, por tanto, según un patrón rígido de interac-

ción con el medio privado, un patrón que responde a la fusión cognitiva y a las dificultades en establecer el distanciamiento de los contenidos del yo (véase dimensiones del yo, pp. 59 y 85).

Históricamente considerada, ACT se denominó inicialmente *Comprehensive Distance Therapy* (Hayes, 1987), presentándose en 1991 un pequeño manual de ACT que tuvo ulteriores versiones en 1995 y 1999, hasta la aparición a finales de 1999 del manual ACT publicado por Hayes, Stroschall y Wilson.

Aunque las afinidades con otras terapias ajenas al marco «científico» es un hecho (véanse, al respecto, Hayes et al., 1999, y Pérez Álvarez, 2001), ACT tiene la coherencia del ajuste a la base experimental sucesiva y moduladora de los estudios en conducta verbal, específicamente las investigaciones descritas en el capítulo 2. El conocimiento disponible sobre los procesos verbales permite dejar al descubierto los procesos de cambio y, con ello, cómo y dónde insistir cuando los cambios no ocurren. En ACT se resalta el énfasis en las relaciones que gobiernan el lenguaje de cliente y terapeuta en la sesión, situando su impacto en la sesión clínica y más allá de ella en el marco más conocido como *conductas clínicamente relevantes*¹.

La importancia de la aceptación psicológica es compartida con otras tradiciones psicoterapéuticas menos empíricas (véase p. 78) y, consecuentemente, resulta incompatible con estrategias y fines terapéuticos orientados a la reducción de síntomas o al control de los eventos privados evaluados negativamente (sean pensamientos, estados corporales, sensaciones y/o recuerdos). El planteamiento centrado en lo que es importante para la persona es un cambio de perspectiva verbal que orienta la atención del cliente hacia sus pasos en vez de atender a la reducción de sus eventos privados, lo que fortalece los contextos verbales o las redes de relaciones que mantienen «enredado» al cliente en su problema (véanse análisis en Hayes et al., 1999; y

¹ Especialmente resultado en la *Functional Analytic Psychotherapy* (FAP), terapia de orientación funcional elaborada

por Kohlenberg y Tsai, 1991 (véanse Dougher y Hayes, 2000, y Luciano, 1999).

Luciano y Hayes, 2001). La propuesta de ACT es, pues, la aceptación de los eventos privados que están en el camino que el cliente elige para su vida como un *compromiso elegido con la vida y, por tanto, un compromiso con lo que ésta lleve consigo en términos de los eventos privados según la historia personal*.

Los clientes entran en terapia reflejando los contextos verbales de FEER, donde F se refiere a la fusión cognitiva, a la literalidad, E se refiere al contexto de la evaluación o valoración, R se refiere al contexto de la evitación de los eventos privados y R se refiere al contexto de dar razones (razonar o explicar el comportamiento) y de tener razón. Aunque el patrón de evitación experiencial contiene, en sí mismo, un desajuste entre lo que el cliente es y tiene y lo que querría ser y tener, según su historia personal, realmente hay un ajuste a unas contingencias precisas. Es como si hubiera dos puzzles de forma que mientras que en uno de ellos las piezas encajan y están perfectamente ajustadas, algunas de ellas no encajan en el otro, resultado que molesta y produce sufrimiento, como si un puzzle estuviera en pugna con el otro.

El cliente está atrapado por los contextos verbales que ajustan el patrón de evitación y lo está en el contexto de una lucha por no estarlo. Lucha por acabar con lo que le molesta que produce un efecto de revuelta al mismo malestar, y así sucesivamente. El resultado es que una persona devota de tal patrón queda atrapada en lo que cree que es la solución y que, en realidad, es el problema. Un patrón de vida que incluye huir deliberadamente de los eventos privados con funciones verbales aversivas (catalogados como sufrimiento, malestar, ansiedad, depresión, etc.) y que, de vuelta, consigue su ampliación y la limitación de su vida.

ACT socava los contextos verbales que atrapan al cliente, de manera que si el problema es FEER, una alternativa es estar dispuesto a notar o contemplar los eventos privados como lo que son desde la *dimensión del yo-contexto*, a escoger y clarificar la dirección que uno quiere en su vida haciendo hueco a los eventos privados en ese camino y a moverse o dar pasos en esa dirección. ACT es un compro-

misio elegido con los valores de uno. Así pues, podríamos establecer que ACT se considera:

1. Un tratamiento centrado en los valores como medio para el cambio conductual;
2. lo que importa es la experiencia que el cliente lleva a sesión.
3. Esa experiencia señala que centrarse en los síntomas o, lo que es igual, actuar respecto a ellos es perder la dirección de la vida y, consecuentemente.
4. El trabajo se orienta a centrarse en las direcciones valiosas, lo que incluye generar distanciamiento con los contenidos psicológicos. Es otorgar un espacio psicológico a los eventos temidos a través de la desactivación del lenguaje y la potenciación de la dimensión del yo-contexto.

Contrariamente a lo que el funcionamiento socioverbal más generalizado sostiene, las premisas en ACT sostienen que es mejor:

1. «Primero compórtate de acuerdo con tus valores y luego te sentirás bien» en lugar de «primero el sentimiento de bienestar y luego actúa o haz tu vida».
2. Se asume que el sufrimiento es normal y que es una señal que está muy cerca de lo que al cliente le importa.
3. Se asume que hay más vida en un momento de dolor que en un momento de alegría.
4. El terapeuta ACT asume con sus pasos (y no sólo con la cabeza) que «todas las personas, a algún nivel, esperan, aspiran, sueñan y quieren una vida más amplia, más rica y llena de significado».

3. OBJETIVOS Y MÉTODOS PARA ALTERAR LOS CONTEXTOS VERBALES

ACT apuesta por clarificar los valores haciendo que el cliente aprenda a elegir la dirección de su vida, discerniendo entre lo que puede ser cambiado y lo que no, y apuesta por alterar la función

de los contextos verbales en los que el cliente está atrapado. Se trata de alterar la literalidad de las palabras y el contexto de dar razones, lo que requiere fomentar la dimensión del yo como contexto de todos los contenidos psicológicos. Los objetivos son, pues: 1) la clarificación de valores; 2) la aceptación de los eventos privados ligados a lo que no puede cambiarse que implica el abandono de una agenda de cambio no efectivo y la flexibilidad para elegir cómo responder, y 3) el fortalecimiento del yo como contexto para poder notar o contemplar los contenidos privados de uno, tomados como lo que son, y desde esa perspectiva experiencial estable y cierta de uno mismo, elegir.

Alterar los contextos verbales que tienen atrapado al cliente significa técnicamente producir un cambio derivado en la clase funcional que define en cada caso el patrón de evitación rígido o generalizado e ineficaz. El cambio de los contextos verbales implica socavar la regulación verbal que sostiene finalmente el TEB, lo que supone: 1) alterar la fusión cognitiva o literalidad, generando o potenciando el yo como contexto; 2) minimizar el control destructivo de regulación *pliance*; 3) flexibilizar el control de seguimiento *tracking* de modo que se produzca o se contextualice allí donde sea efectivo para el cliente, y 4) minimizar los *augmentals* que conducen a la lucha inefectiva y potenciar el ajuste a aquellos que resulten efectivos (Hayes et al., 1999).

Los *métodos clínicos* en ACT adoptan una diversidad de estilos en el discurso del terapeuta que se amplifica para evitar las trampas de la literalidad. El terapeuta ACT tiende a usar modalidades lingüísticas que son inherentemente menos literales, o sea, que conforman estilos en la interacción verbal que minimizan el ajuste a reglas que pueda proveer el terapeuta, y sitúan la atención del cliente en la experiencia de sus actos, a la par que reducen al máximo la discusión o el razonamiento ineficaz. En síntesis, se trata de minar o alterar la coherencia literal del lenguaje. Se diferencian tres métodos: las metáforas, las paradojas y los ejercicios experienciales.

Las *metáforas* son fórmulas verbales que permiten socavar la lógica de «tener razón» y de las ra-

zones como mecanismo de control de la evitación. Establecen un contexto verbal donde se valida la sabiduría que proporcionan las contingencias naturales o la experiencia del cliente con su conducta por encima de la lógica razonada del cliente. Son fáciles de recordar y adoptan formas diversas, desde historias o ejemplos hasta la fisicalización de las metáforas o metáforas «físicas» que ejemplifican o retórica alguna el contacto con las funciones que atrapan al cliente y a la par muestran otros caminos funcionales. Lo que denominamos como una metáfora física es un modo quizá más elemental de presentar simbólicamente las relaciones entre los eventos privados, lo que se hace y lo que se consigue. Para ello estos eventos y sus relaciones adoptan una forma física (como es el caso cuando el terapeuta sirve como una barrera o cuando un objeto sirve para colocarlo «pegado» a ojos del cliente y se dan pasos hacia atrás como un distanciamiento psicológico que se representa físicamente).

Las metáforas no son efectivas por el hecho de incorporarlas (aun a pesar de que el terapeuta pueda «creer» que las ha introducido muy bien). Lo son sólo si contactan con la clase funcional de evitación. Es así que la efectividad de estos métodos va paralela a que produzcan un cambio derivado de la nueva relación con los eventos privados en nuevas circunstancias. Ha de evitarse que, al introducir metáforas, éstas sirvan para intelectualizar el repertorio del cliente. Tratan de establecer un contexto verbal donde la racionalidad es cuestionada en ciertas áreas y donde se valida la sabiduría que proporcionan las contingencias directamente experimentadas al margen de las reglas o razones que uno pueda proporcionarse.

Las *paradojas* inherentes son formulaciones verbales que resaltan la contradicción entre las propiedades literales y funcionales de las reglas de evitación. Socavan, por tanto, las construcciones verbales que no ayudan en ciertas áreas al aplicarse a fenómenos no controlables verbalmente y que al hacerlo proporcionan resultados paradójicos. Es el caso cuando se siguen reglas para ser espontáneo. La espontaneidad deliberada es una paradoja inherente, al igual que lo son los movimientos o las acciones del cliente para resolver el

problema cuando el resultado que consigue es lo contrario; esto es, el método de resolución del problema resulta ser justamente el problema. En síntesis, el problema del cliente es una paradoja y las paradojas ayudarán a verlo.

Los *ejercicios experienciales* son técnicas principales en ACT. Están diseñados para ayudar al cliente a establecer contacto directamente con la experiencia del yo-contexto y desde ella el contacto con las funciones verbales, especialmente las aversivas, que actúan como si fueran barreras físicas (miedos muy temidos, eventos extremadamente aversivos que se califican a veces de pánico, gran depresión, humillación, ira, agresión, hundimiento, y muchos más). Se trata de generar unas condiciones para que el cliente experimente cómo son y cómo actúan sus procesos verbales. Los beneficios se incrementan cuando se realizan en el momento en que el cliente está con estos eventos privados en sesión, ya que provee una oportunidad única para llevar a cabo la experiencia en vivo directamente y así la práctica en la apertura o contemplación de los eventos privados temidos. Algunos ejercicios experienciales son sólo para potenciar la dimensión del yo-contexto, diferenciándola del yo-contenido y yo-proceso, mientras que otros ejercicios tratan de la exposición a los eventos privados temidos desde esa posición del yo-contexto, facilitando que el cliente establezca nuevas relaciones o nuevos contextos verbales para el material o contenido evitado. La ejercitación de *múltiples ejemplos* en estas condiciones incrementa las posibilidades para alterar la clase funcional en tanto que altera las funciones de las relaciones conducta-conducta.

Los beneficios de los ejercicios experienciales son múltiples (Luciano y Hayes, 2001): en primer lugar, el cliente tomará contacto con el contenido o material psicológico evitado en un contexto seguro, el que provee el yo como contexto de cualquier contenido o proceso psicológico. El yo-contexto es una experiencia y, por tanto, son principalmente los ejercicios los procedimientos que mejor se ajustan para trabajar el acoplamiento o la aceptación de los eventos privados en una dirección valiosa. A la par, la práctica con el material evitado se promue-

ve en una nueva agenda o funcionamiento marcado por la dirección que para el cliente es valiosa. Un segundo beneficio es que los ejercicios informan al cliente de los eventos privados cuando están ocurriendo, y, así, el autoconocimiento sobre el proceso evaluativo se aprecia más fácilmente de manera que se pueda facilitar el desligamiento no juicioso y su práctica en otras circunstancias. Un tercer beneficio es que la experiencia es superior a la discusión, argumentación y reflexión sobre los defectos y problemas que genera el lenguaje, es decir, la vivencia de las funciones verbales es superior a la instrucción y al razonamiento sobre tales funciones. Así pues, los ejercicios se convierten en una parte relevante de los métodos clínicos en ACT, siempre ubicados o contextualizados en una dirección valiosa. En numerosas ocasiones en el proceso terapéutico, esta práctica es en buena parte dolorosa para el cliente y por tanto tiene que tener —y el cliente ha de saberlo— un significado valioso en tanto que sea parte de la senda valiosa que oriente la vida del cliente.

La aplicación de los métodos de ACT se ubican en lo que importa al cliente y lo que le impide actuar en esa dirección. Por ello generan un contexto verbal que persistentemente insiste al cliente en cuestiones como: ¿qué quieres hacer con tu vida?, ¿dónde estás en tu trayectoria?, ¿qué es lo que te dice tu experiencia?, ¿al servicio de qué está lo que haces?, ¿algo de lo que has hecho, o estás haciendo, ha mejorado tu vida?, ¿es eso lo que quieres?, ¿es ahí donde quieres estar?, ¿qué hay entre ti y lo que quieres?, ¿esto que está pasando aquí y en este preciso momento te resulta familiar respecto a lo que ocurre en otros momentos de tu vida?, ¿estás dispuesto a contemplarlo por el valor que tiene para proseguir tu camino?

4. TEMAS CENTRALES Y COMPONENTES DE ACT

En Hayes et al. (1999) se distinguen varios *componentes* para alterar los contextos verbales que sostienen el TEB y a través de los cuales se hacen visibles las trampas de los procesos verbales en los

que el cliente está atrapado. Estos componentes no siguen un orden preestablecido y rígido o protocolo, ni tienen el mismo impacto e intensidad de intervención en todos los casos. Son componentes de uso flexible que el terapeuta ha de ir ajustando a lo que se presente en sesión con sus pasos situados en la dirección valiosa para el cliente. Los componentes principales que hay que poner sobre la mesa en el contexto de la relación terapéutica sitúan al cliente en dónde está, qué le conduce a estar allí y cuál es el costo o el resultado respecto de donde quisiera estar (los valores como las motivaciones establecidas en la historia individual).

Dado que el análisis funcional que el terapeuta vaya realizando guía sus pasos, y dado que son diversos los mecanismos que permiten alterar los contextos verbales en los que el cliente está atrapado, no cabe un modo único de aplicar ACT a pesar de que unos casos y otros estén inmersos en los mismos procesos verbales que definen el TEB. Al igual que ACT requiere generar en el cliente un contexto de flexibilidad ante los eventos privados, también el terapeuta ha de disponer de un repertorio flexible que se ajuste a las circunstancias particulares de cada caso. Por ello, no se potencia un protocolo único, un modo esencial para llevarla a cabo, sino que lo que se potencia y pretende es que el terapeuta llegue a abstraer las funciones determinantes del problema y las ponga al servicio de los valores del cliente. En ese proceso, el terapeuta tendrá sus barreras en terapia. Por ejemplo, puede creer que lo está haciendo bien a pesar de que la experiencia le esté diciendo que no; puede pasarlo mal cuando note que se ha equivocado; puede evitar (tanto como el cliente los suyos) ciertos eventos privados que aparezcan en determinados momentos de la terapia, etc. Sin embargo, parte del proceso al que el terapeuta estará expuesto al realizar ACT es a aprender a detectar esas reacciones privadas y guiar sus pasos o comportarse en sesión bajo el horizonte de lo que sea importante para que el cliente lleve su vida. La reiterada demanda de Paul (1967) sobre los tratamientos psicológicos (el ajuste del tratamiento a qué paciente, en qué circunstancias, con qué características histó-

ricas, etc.) queda actualizada en este tratamiento funcional, y es una demanda con plena respuesta al ajustar los métodos y componentes a las características del cliente y el problema en curso.

En este manual, y sobre la base de la investigación clínica realizada, se presentan los componentes básicos de ACT de un modo ligeramente distinto a como se presentaron en el manual original publicado en 1999 por Hayes, Strosahl y Wilson. En éste se hace posiblemente más explícito el marco de la relación terapéutica o las condiciones de la terapia, y principalmente se sitúan los valores del cliente de un modo básico y central desde el primer momento. Éstos son la guía y lo único que da sentido o significado al trabajo entre terapeuta y cliente. A la par, y por ello, en esta versión de ACT se resalta de un modo sustancial la exposición a los eventos privados temidos cuando se interponen en el recorrido valioso. Cuatro aspectos son los que hemos definido como temáticos en cada sesión de ACT, que vienen a recoger los puntos a los que el terapeuta ACT ha de prestar atención. Estos cuatro temas básicos son los valores, la desactivación/distanciamiento, la exposición y el fortalecimiento del cliente:

- Valores. *Clarificar valores y dar pasos en la dirección que se puede cambiar y se elige hacerlo. Lo que hace, o ha hecho, ¿mejora su vida en lo que a usted le importa?, ¿cuál es su experiencia en conseguir lo que quiere en su vida?, ¿dónde está y dónde quiere estar?*
- Exposición. *Lo que hay entre él y lo que quiere son las barreras. Para caminar en la dirección que elija, ha de pasar contactando con las barreras o los eventos privados temidos. Esto sitúa las condiciones para la desactivación del lenguaje.*
- Desactivación de funciones y distanciamiento. *Practicar la reducción del dominio del lenguaje, interrumpiendo las barreras y fomentando el yo como contexto de cualquier contenido cognitivo.*
- Fortalecimiento. *El cliente y sus valores son lo esencial en cada sesión. La experiencia*

del cliente y su dolor son lo más valiosos porque indican la dirección del trabajo en sesión. Él puede y siempre tomará una dirección. El terapeuta nunca podrá recorrer el camino que el cliente elige. Sólo él podrá hacerlo.

La versión actual de ACT se presenta dividida en diferentes apartados que tienen como aspectos comunes los cuatro temas centrales. Esa subdivisión se concreta en sucesivos capítulos con los títulos siguientes: 1) estableciendo un contexto para la terapia; 2) la experiencia creativa de la desesperanza; 3) la clarificación de valores; 4) el control de los eventos privados como problema y «estar abierto» completamente y abandonar la lucha con ellos como alternativa; 5) la desactivación del lenguaje, haciendo espacio para la aceptación. El yo como contexto y la deslateralización, y 6) haciendo más espacio para la aceptación y afianzando la práctica del compromiso con los valores o la vida de uno.

El trabajo en terapia debe proveer las condiciones para que el comportamiento del cliente quede en un marco de *flexibilidad y perspectiva* respecto de los procesos verbales; un marco que se forma en la vida de muchas personas de manera «natural» en tanto que su historia les haya proporcionado múltiples ejemplos para aprender que los pensamientos, sensaciones, recuerdos son eso y no objetos o barreras físicas. Precisamente, la flexibilidad sólo es posible desde la perspectiva del yo porque es desde ahí desde donde la elección de reacción ante la experiencia privada temida es posible (Luciano et al., 2002).

La terapia, entendida así, no sería más que la provisión a las personas que sufren de un conjunto de condiciones o situaciones que les permitan aprender la perspectiva del yo y, con ello, la flexibilidad para poder reaccionar a los eventos privados temidos, al sufrimiento. Dicho de otro modo, se potencian las ventajas del autoconocimiento para poder cambiar el rumbo de su vida, ya que el contacto con los eventos privados sirve de señal «de libertad» para orientar sus pasos en una u otra dirección. La terapia entendida como algo que hacen dos personas de mutuo acuerdo tiene que llegar

a la raíz del problema y socavarla, en vez de quedarse en la superficie o en la «punta del iceberg», en la forma del problema o lo que se toma por sus síntomas, de modo que el asunto quede peor o casi igual a poco que el tiempo transcurra y la vida ofrezca nuevas dificultades. Cuando la terapia psicológica es realmente terapéutica, no exime al cliente de problemas, ya que de lo que se trata es de qué «viva», y en ello va incorporado que volverá a sentirse mal y quizá abandone lo que es importante por momentos. *Por tanto, la terapia supone clarificar el rumbo de la vida, perderlo, aprender a darse cuenta cuanto antes (del costo y el beneficio de haber perdido el rumbo) y retomararlo de nuevo como una elección personal.*

El análisis que de ello se deriva para la denominada prevención de recaídas pasaría por practicar la exposición al miedo, a futuros fracasos sobre la base de la exposición a las reacciones asociadas a fracasos habidos. O, lo que es igual, se trataría de afianzar la ruptura de las relaciones conducta-conducta problemáticas con el mínimo apoyo y por tanto fortaleciendo o «endureciendo» al cliente ante la vida.

A diferencia de otras terapias, ACT, al centrarse en los valores, hace más explícito y esencial el trabajo sobre ellos, normalizando o dando la ubicación o valor natural a los eventos privados que tanto dolor y paralización han producido al cliente. Sin embargo, ACT no dispone de protocolos literales o cerrados porque hacerlo impediría el ajuste al análisis funcional y las características del cliente. Es un tratamiento que se ajusta a las características funcionales de los trastornos psicológicos en vez de a sus distinciones topográficas o sindrómicas (véase capítulo 3). Como una perspectiva funcional que es, permite ver que hay algo común en la mayoría de los clientes aunque muestren patrones muy diversos. Eso común es su lucha con los eventos privados: ¡Están mal, están tristes, y no quieren seguir así. Quieren tener una vida, dicen, NORMAL en la que no tengan lugar pensamientos negativos ni ansiedad, ni preocupaciones, ni muchos otros eventos privados más. Quieren hacer su vida, dicen, como todo el mundo, pero no pueden porque... se SIENTEN MAL! (véase capítulo 1).

Las estrategias en ACT están ofrecidas para que el terapeuta vaya ajustándose al problema que tienen él y el cliente entre manos, resaltando abiertamente los procesos verbales que se están alterando e incluso si se están potenciando, en cuyo caso reúne las características para dejar sobre la mesa la necesidad de que el terapeuta cambie el rumbo. Además, indica cómo hacerlo. Sin duda, la investigación en el ámbito de ensayos controlados y la investigación específica de casos clínicos en un amplio abanico sindrómico no harán más que agudizar los modos terapéuticos que se ajusten a cada caso y generen un cambio conductual en el menor tiempo posible.

5. CLIENTES QUE SE AJUSTAN A ACT

ACT se ajusta especialmente a personas que llevan años luchando con sus eventos privados y no han obtenido resultado alguno. Esto es, que el patrón de evitación experiencial no resulta eficaz para hacer su vida, ya que de otro modo no estarían sentados junto al terapeuta. El patrón perjudicial de evitación experiencial puede mostrarse relativamente específico a ciertas facetas o áreas en la vida de una persona, o bien puede mostrarse como un estilo personal de evitación que defina su interacción en numerosas áreas y por tanto afecte de un modo global. Es en estos casos donde los componentes y las numerosas estrategias para alterar los contextos verbales responsables del TEE se aplican en toda su extensión. Es en estos casos en los que clientes y terapeutas tendrán peores momentos pero con un gran valor, y es así donde el autoconocimiento inútil revelará el útil desde la base del sufrimiento y la actuación razonada y creída correcta para su vida que los pacientes han practicado a través de los años. Es en estos casos, en los que la «inversión» en evitación destructiva ha sido tan enorme, como enormes han sido las pérdidas obtenidas en tal operación, cuando los clientes se revelarán más sabios y discernirán el gran valor del sufrimiento. Es así como los clientes aprenderán a valorar dónde han estado durante años, dónde están actualmente y la dirección que

eligen. Es así como los clientes aprenden a diferenciar entre lo que pueden (y eligen cambiar) y lo que no pueden cambiar y han de aceptar.

Una de las condiciones que dificulta la ruptura del patrón cronificado de evitación experiencial es cuando éste lleva muchos años cronificado y está muy sujeto o encajado como un estilo de vida. Tal ajuste significa que las circunstancias que rodean o sostienen el patrón de evitación constituyen un sistema que se autoalimenta, se autopropaga, como las piezas de un puzzle que encajan a la perfección. Como se ha señalado más arriba, aun en ese puzzle en el que casi todo encaja hay un «casi» que marca la diferencia, y es la que, en muchos casos, lleva a una persona a «querer una solución para el problema con el que lleva años conviviendo». En muchos de estos casos, la evitación experiencial no es un problema apenas, o al menos aparente, para quienes lo muestran, ya que todo está a favor de seguir en ello, tanto el sistema que lo potencia como su propia historia en tal sistema. Ahí está él con su «enfermedad mental», su «pasividad» y todo lo que lleve consigo de acuerdo con su historia. Sólo si el sistema se mueve de algún modo, esas piezas del puzzle pueden iniciar un roce o falta de acoplamiento que suponga un costo por el patrón de evitación.

Diffícilmente una persona cambiará su modo de actuación si su funcionamiento no le depara algún costo que lo sea —lógicamente— para él. Sin que los valores (construidos como reforzadores hacia los que uno camina y establecidos a lo largo de la vida) estén afectados, no habrá terapia, ya que la terapia se centra en ellos al poner en su sitio los beneficios y el costo de la operación de evitación destructiva. ACT como una terapia dirigida por los valores de la persona y asentada en la necesidad de exponerse o abrirse a los eventos privados temidos es una terapia que pasa por momentos dolorosos siempre que tengan significado. Sin un costo en valores, ese significado no existe y por tanto la terapia carece de sentido. La aplicación de ACT es flexible y se adapta a las necesidades del cliente y grupo de clientes. Esto supone que en casos en los que el patrón de evitación es reciente, y no está afectando a las áreas principales

del cliente, o en casos en los que la limitación del patrón o el costo de la evitación sean reducidos, la aplicación de ACT, aunque en todos sus componentes, no se realiza con la misma intensidad.

En conclusión, sin duda ACT sería el tratamiento apropiado si se trata de una persona que lleva años evitando experimentar sus recuerdos, o pensamientos o sensaciones, y ha intentado numerosos métodos sin apenas resultado, de modo que su vida está considerablemente estancada. Pero ACT también es aconsejable en el caso de una evitación que está resultando perjudicial aunque el cliente no haya convivido en ese estado por años. A la par ACT, como filosofía sobre la vida, puede utilizarse en cualquier ámbito de la vida y con cualquier persona haciendo las salvedades que sean precisas. No obstante, su aplicación exhaustiva y radical no se justifica en todos los casos, ni siempre que se emplea la filosofía ACT en una interacción —cualquiera— se estaría «haciendo terapia» en su sentido literal.

6. EVALUACIÓN DEL TRASTORNO DE EVITACIÓN EXPERIENCIAL

El área instrumental para la evaluación del patrón de evitación es una asignatura en vías de investigación. Esto pone sobre la mesa, en primer lugar, que los sistemas de evaluación actualmente en circulación no sirven como medidas del TEE y de su cambio, ya que los procesos implicados y los criterios de efectividad del tratamiento son, en buena parte, distintos. También sitúa sobre la mesa la importancia de sistemas de evaluación alternativos que muestren los cambios y los procesos que subyacen a tales cambios en el TEE y la aplicación de ACT. Los instrumentos clásicos no sirven porque se centran en la reducción de la sintomatología, mientras que ACT se centra en el avance del cliente en lo que le importa en su vida. Paradójicamente, un incremento o mantenimiento de pensamientos o sensaciones negativas sería valorado como un fracaso según una concepción basada en la sintomatología como criterio de efectividad, mientras que en una perspectiva ACT el

criterio de efectividad no se centra en una cantidad mayor o menor de sintomatología, sino en la medida en que su comportamiento está controlado por los eventos privados y esa regulación del comportamiento resulta destructiva. *Es así que lo que interesa es la función que tales eventos tienen en lo que concierne a los pasos que el cliente está dando para llevar su vida en la dirección que haya elegido.*

A continuación señalaremos algunos de los puntos críticos por los que los sistemas de evaluación tradicionales no serían apropiados para medir el TEE, y seguiremos con la exposición de algunas de las medidas que, aún en proceso de desarrollo, pueden servir para evaluar el TEE y para medir la aceptación psicológica en dirección a valores.

Algunos puntos críticos de los cuestionarios tradicionales en la evaluación del TEE

Uno de los principales problemas es que estos cuestionarios se fundamentan en concepciones psicológicas que se asientan en los contextos verbales que tienen atrapado al cliente, especialmente en los pensamientos y las sensaciones como determinantes de la limitación que el cliente lleva a consulta. Su uso, consecuentemente, tiene una probabilidad alta de resultar iatrogénico. Tal es el caso cuando los ítems están repletos de contenidos psicológicos, o sea, de listados de sintomatología centrados en la presencia/ausencia de eventos privados. Este listado se sitúa en un marco evaluativo negativo, de limitación para la vida, y se requiere al cliente que responda «cuánto» de ese listado «tiene y controla» en un rango de mucho a nada (por ejemplo, cuánta desesperanza, cuántas dudas, cuántos pensamientos de suicidio, cuánta ansiedad, etc.). A la par, estos contenidos se circunscriben al contexto de los «trastornos psicológicos/psiquiátricos» de un modo que quedan dadas las condiciones para incrementar la probabilidad de relacionar unos síntomas con otros y por tanto de incrementar el bagaje de razones que el cliente lleve a consulta con sus correspondientes connotaciones psicológicas.

Es así que —y quizá sea el punto crítico— toda la sintomatología presente en el proceso de eva-

luación se relaciona con diagnósticos sindrómicos que corresponden, en el contexto socioverbal en el que nos movemos, con «clases de enfermedades mentales», convirtiendo a la persona en «una persona que tiene enfermedades mentales, que es un enfermo mental». Según la función que esto tenga, ahora el cliente y quienes le rodean tendrían más razones para justificar y, así, potenciar la evitación. A veces, uno no necesita más que salir de una consulta psicológica o psiquiátrica con un nuevo diagnóstico para que sus síntomas se agudicen y se reaccione a ellos con más evitación. A veces, el cliente entra a consulta por dos síntomas (o problemas) y sale con veinte síntomas y tres diagnósticos, que desgraciadamente no caen en «saco roto» (por ejemplo, puede reaccionar a todo ello con algo así como: «lo que me pasa es aún más grave de lo que creía»). Esto es, las relaciones que el cliente establezca sobre las condiciones del proceso diagnóstico y su significado simbólico son componentes psicológicos que van configurando el contexto verbal del problema o trastorno en el que el cliente ya está. Estas nuevas relaciones que el cliente ha establecido no sólo agudizan las reacciones a los eventos privados (el cliente está aún más enfermo mentalmente que antes), sino que cumplen otras funciones como justificar «bajas laborales», disminuciones de penas o salidas en régimen abierto, reducción o eliminación de responsabilidades a muchos niveles, queda más justificado «no hacer nada» en «espera» del milagro que «quite los síntomas», y muchas otras acciones que potencian el contexto de dar razones, de la valoración negativa de los síntomas que lleva a una necesidad aún más urgente de tener que eliminar los síntomas para poder tener una «vida feliz» y «ser normal», o mantener los síntomas por los beneficios que puedan redundar en el contexto jurídico.

Dicho esto, cabe concluir que los cuestionarios estandarizados se ajustan a los síndromes diferenciados en los sistemas taxonómicos de los trastornos psicológicos, que se centran en los síntomas en vez de centrarse en el funcionamiento del cliente. Por ello, el uso de instrumentos formales ha de ser extraordinariamente cuidadoso y

ha de ser contextualizado de modo que minimice el efecto iatrogénico mencionado. O sea, para el caso de que por razones de investigación, o por requerimiento obligado del sistema de «salud mental» sea necesaria la toma de datos a través de instrumentos específicos, las reacciones del cliente a sus contenidos deben ser parte del trabajo en sesión, de modo que las funciones verbales sean conocidas y sirvan para una actuación en la dirección valiosa.

Medidas centrales en la evaluación del TEE y la aplicación de ACT

Las medidas que se han utilizado para evaluar el TEE y para detectar los procesos de cambio durante la aplicación de ACT no han seguido una sistemática, y es ahora cuando se detecta un interés más pronunciado, en términos de establecer criterios psicométricos de instrumentos generados para medir la evitación experiencial y la aceptación psicológica, por ejemplo, el cuestionario AAQ (*Acceptance and Action Questionnaire*) (Hayes et al., 1999, 2002). Cabe señalar, no obstante, que en las publicaciones referidas a la aplicación de ACT, tanto en estudios de casos clínicos como en ensayos controlados, los intentos habidos para evaluar el TEE y para evaluar el cambio al aplicar ACT han sido numerosos (véase apartado de evidencia empírica, p. 108). La panorámica de evaluación en los estudios realizados es diversa, habiéndose combinado, a veces, el uso de cuestionarios clásicos con registros básicos para medir los contextos verbales (por ejemplo, frecuencia de los eventos privados correspondientes en cada caso y situaciones que desencadenan esos eventos privados, actuaciones en tales circunstancias y medidas cuantitativas o cualitativas sobre las acciones en dirección a valores), y se han tomado medidas específicas sobre los contextos verbales que definen el TEE, como el AAQ o los cuestionarios de Credibilidad de Razones y los cuestionarios de Estimación y Consistencia de Valores (en anexo). Estos cuestionarios se presentan como índices de evaluación del TEE y del proceso de cambio durante la aplicación de ACT.

No obstante, hacemos hincapié en la necesidad de investigación que ofrezca instrumentos validados para la evaluación de los contextos verbales en los que el cliente está atrapado y el grado de estancamiento en lo que valora para su vida, así como instrumentos que permitan medir los procesos de cambio durante el curso de la terapia, por ejemplo, los episodios o ejemplos clínicos que surgen en terapia (cualesquiera eventos privados con función aversiva que forman parte de la clase funcional de evitación) y la dirección en la que se ubique la reacción del cliente en ese preciso momento, considerando la función de la reacción del terapeuta. Lo que sigue es, pues, parte de la información relevante para detectar el grado de afectación del patrón de evitación experiencial, así como sus características, a la par que algunas medidas que ilustren sobre el fortalecimiento o ruptura en los contextos verbales sostenedores del TEE. Hemos de señalar que esta información ha de recabarse en el marco de un contexto para trabajar en terapia que facilite respuestas genuinas y en lo posible independientes de las contingencias sociales que simboliza el terapeuta. La recogida de información es parte del proceso en terapia, de modo que la situación ha de contener claves funcionales, que lo sean para el cliente, de un ambiente no punitivo y, consecuentemente, facilitador del flujo de respuestas que sirvan como «ingredientes genuinos, de primera calidad, para preparar el trabajo que se hará en terapia (véase el proceso de evaluación en capítulos 5, 6 y 7).

1. Radiografía del patrón de evitación experiencial (véase un ejemplo en Luciano, Gómez, Hernández y Cabello, 2001, p. 28). En el contexto de preguntas como «¿qué le hace venir a terapia?», las respuestas genéricas de la mayor parte de clientes giran en torno «mi vida no va bien», «me siento mal» y «no puedo aguantar más». El porqué de ello gira en torno a un cúmulo de eventos privados que rechazan. Los siguientes apartados pormenorizan sobre las relaciones del cliente con sus eventos privados y lo que quiere en su vida:

- a) Eventos privados que le producen malestar o sufrimiento (cualquier tipo de recuerdos, sensaciones, predisposiciones corporales, pensamientos..., que tengan función aversiva para el cliente). ¿Con qué frecuencia e intensidad ocurren? (Preguntar por su ocurrencia en sesión.)
- b) ¿Con qué situaciones actuales relaciona los pensamientos, recuerdos, predisposiciones, etc., que le producen malestar?
- c) ¿Cuándo detectó por primera vez esas sensaciones de malestar? O, dicho de otro modo, ¿desde cuándo está malconviviendo con ese malestar o sufrimiento?, ¿cuál es su historia, el desarrollo o evolución de ese problema?
- d) ¿Qué plan ha seguido para resolver el problema? O sea, ¿qué ha hecho y qué hace actualmente cuando se presenta el malestar o los contenidos cognitivos con los que no puede vivir? (Atender a la reacción del cliente cuando se den tales eventos, aquí y ahora, en sesión.)
- e) ¿Qué ha conseguido con lo que ha hecho y qué está consiguiendo actualmente con lo que hace para resolver «el problema»? Es decir, ¿cuáles son los réditos más o menos inmediatos que le proporciona la evitación experiencial (tanto en la reducción o eliminación de lo que no soporta como otras consecuencias que se añaden al tener ese problema, por ejemplo bajas laborales, permisos especiales, menos responsabilidades, atención especial, etc.).
- f) ¿Cuál es el resultado de lo que intenta solucionar a largo plazo o en el marco de lo que le importa en su vida? Dicho de otro modo, ¿con qué está «cho-cando» lo que hace para reducir su sufrimiento o malestar?, ¿cómo está su vida, mejora cada día o no? (Se trata de situar los beneficios de la evitación experiencial a corto plazo y, a la par, el costo en su vida en lo que a él le importa.) Esta información da paso a una evaluación más sistemática sobre valores.

2. Cuestionario sobre valores y repercusión del patrón de evitación experiencial (qué le gustaría hacer en su vida, cuán lejos está lo que hace de aquello que le gustaría hacer y qué hay entre él y lo que quisiera hacer en su vida). Se trata de medir el grado de satisfacción del cliente o coherencia entre lo que hace y lo que le gustaría hacer en cada área, a la par que se mide la importancia que él da a cada una de las áreas relevantes en su vida (entre ellas, por ejemplo, la familia, el trabajo, la salud, las relaciones sociales, las relaciones íntimas, comunitarias, educativas, relaciones de ocio, etc.). Esta información puede obtenerse, entre otras modalidades, a través de los cuestionarios de valores, barreras y estimación y consistencia de la actuación en dirección a valores (Hayes et al., 1999, y Wilson et al., 2002; véase capítulo 7, pp. 160-163).
3. Reglas que regulan la vida del cliente, especialmente cuando las circunstancias vitales traen eventos privados con función aversiva. Se refiere al estilo personal de regulación verbal, especialmente ante el sufrimiento o malestar psicológico. El cuestionario de aceptación y acción (Hayes et al., 1999), como una medida de la evitación experiencial, es una opción disponible (véase anexo, p. 261).
4. Cuestionarios sobre la credibilidad entre razones y acciones (el cuestionario de razones de Hayes et al., 1999, y Luciano, Gutiérrez, Paéz y Valdivia, 2002; véase anexo, p. 262).

A estas medidas pueden unirse otras que se estimen apropiadas para mostrar o dar razón de los cambios en el curso de la terapia de los componentes que definen el TEE (véanse diversos ejemplos en la recopilación de casos de Luciano, 2001, y en anexo, pp. 265-266). Un ejemplo es el registro de los eventos privados con función aversiva a la par que la reacción del cliente ante ellos: una reacción en dirección a valores o en dirección a controlar los eventos privados. A la par, su grado de satisfacción

de lo que ha hecho bajo el referente de lo que le importa para su vida, o el grado de consistencia entre sus haceres y lo que quiere hacer. También puede registrarse la ejercitación de múltiples ejemplos en sesión dirigidos a la clarificación de valores y a la alteración de los diferentes contextos verbales y los métodos empleados. Sintetizar esta información muestra el proceso de ruptura de la clase funcional destructiva según se clarifiquen valores y se incorporen múltiples ejemplos u oportunidades para la alteración de funciones en vivo en sesión y la práctica que el cliente ejerza fuera de ella.

Cabe señalar que la investigación venidera habrá de resolver los modos de apreciar fácilmente los cambios genéricos de regulación verbal que por la investigación realizada se producen en la aplicación de ACT. Como hemos señalado en otro lugar (Luciano, 2001), resulta muy resaltante que, tras la aplicación de ACT, se aprecie un cambio sustancial en muchas facetas del comportamiento del cliente y adicional al problema que originó la consulta. El cambio conductual contempla un nuevo marco de funcionamiento en numerosas facetas, aun sin haber sido objeto de intervención directa. Se vislumbra un cambio de perspectiva en el que la responsabilidad de las acciones, en vez del victimismo ante los resultados, y la elección en la dirección de la vida son los ejes centrales del cliente, de tal modo que señalan verse de un modo distinto en situaciones que previamente habrían resuelto mal. Supone un cambio radical no sólo en su problema, sino en su vida en general, en tanto que se perciben como personas más abiertas a su vida. Tal cambio global parece producirse al hilo de un número suficiente de ejemplos para la alteración de los contextos verbales, lo que implica la práctica a estar dispuesto a tener y contemplar los eventos privados en vez de luchar contra ellos, mientras se camina o actúa en una dirección valiosa. Este cambio sustancial, cualitativo en las personas, como un autoconocimiento útil, es valorado como un cambio mucho más allá del problema original. Precisamente este hecho vendría a dar sentido a la terapia y vendría a suponer que ACT produce una alteración en la clase funcional de evitación, lo

que plantearía que los métodos aplicados para alterar los contextos verbales sostenedores del TEE resulta que parecen producir la alteración de los esquemas cognitivos según se definen en perspectivas cognitivas (Luciano, 2001).

7. EVIDENCIA EMPÍRICA

Los estudios destinados a evaluar la efectividad y la eficacia de la ACT en clientes que muestran un patrón limitante de evitación experiencial son un proceso en curso que refleja el interés que en los últimos años se aprecia entre los investigadores por el logro de nuevos tratamientos y el estudio de las variables que determinan la efectividad de una terapia o técnica en particular. Existen ya ensayos clínicos controlados de aplicación de ACT a diferentes temáticas, mientras crece el ámbito de aplicación y se está produciendo un notorio incremento de las publicaciones de estudio de caso. Revisaremos brevemente, por tanto, en primer lugar los estudios de ensayo controlado que comparan ACT con otros tratamientos, los estudios básicos controlados de los efectos de estrategias de aceptación frente a otras estrategias y, por último, los estudios de caso de aplicaciones de ACT a diferentes tipos de trastornos disponibles en la literatura especializada.

Entre los estudios de ensayo controlado realizados con población clínica cabe señalar, en el tratamiento de trastornos afectivos, el de Zettle y Hayes (1986), quienes aplicaron, en interacción individual, una versión inicial de ACT frente al empleo de terapia cognitivo-conductual, resultando el grupo ACT ligeramente superior en resultados, aunque los procesos de cambio fueron diferentes (en un caso se trataba de cambiar el contenido de los pensamientos y en el otro de reducir la credibilidad de los pensamientos). Igualmente, Zettle y Raines (1989) compararon ambas terapias en una forma de aplicación grupal con clientes con sintomatología depresiva, obteniendo resultados equivalentes entre ambas terapias pero diferente proceso de cambio y, por tanto, repercusión a largo plazo.

ACT también ha sido evaluada en relación a un tratamiento conductual validado y una condi-

ción de control en el tratamiento del estrés laboral (Bond y Bunce, 2000), encontrándose que ACT redujo el estrés y la ansiedad en el trabajo en mayor medida que lo hizo el tratamiento cognitivo-conductual con el que se comparaba, aunque ambos tratamientos resultaron más eficaces que una condición de control.

Más recientemente, Bach y Hayes (en prensa) han comparado el tratamiento usual (TU) que recibían pacientes con sintomatología psicótica en un hospital y ese mismo tratamiento añadiéndole una condición breve de ACT (cuatro sesiones individuales). El TU consistía en sesiones de psicoterapia individual y rehabilitación psicosocial con entrenamiento en asertividad en la comunidad, empleándose como criterio principal de comparación la rehospitalización de los pacientes. Los resultados encontrados muestran que la combinación del tratamiento usual con la versión breve de ACT (TU + ACT) consiguió reducir a la mitad la rehospitalización a los cuatro meses al compararlo con la rehospitalización en el grupo TU. En este proceso, los sujetos con el tratamiento ACT redujeron su credibilidad de los síntomas psicóticos.

El dolor crónico ha sido otra de las alteraciones con las que se han llevado a cabo ensayos controlados. En el primero de ellos, Geiser (1992) evaluó un programa cognitivo-conductual frente a una versión inicial de ACT en un centro de tratamiento del dolor. Aunque ambos tratamientos resultaron igualmente efectivos, se detectó que ambos grupos de pacientes habían utilizado una estrategia de aceptación de la experiencia de dolor, aunque las topografías en ambos programas hubieran sido distintas. En este mismo ámbito de actuación clínica la aplicación de un formato breve de ACT se ha comparado a una condición control en pacientes en riesgo de dolor crónico. Los datos preliminares muestran un cambio dramático a los dos meses del tratamiento, de tal manera que el porcentaje de días de trabajo perdidos en el grupo ACT se redujo a 0 frente a los 23 días de promedio del grupo control (Dahl, Nilsson y Wilson, 2002).

Igualmente, dos estudios han mostrado que ACT también ha resultado más efectiva que otros trata-

mientos con clientes poliadictos (Hayes et al., 2002), así como con alcohólicos (Wilson, Hayes y Byrd, 2000).

Por otro lado, la comparación en estudios básicos controlados de los efectos de estrategias de aceptación frente a estrategias de control y de focalización es una fuente básica de análisis para entender los procesos que subyacen en tales estrategias o, lo que es igual, las condiciones a través de las cuales producen un resultado u otro. En este sentido, cabe resaltar los estudios mencionados en el capítulo 2 (p. 69), y en el capítulo 3 (pp. 80 y 95), así como los estudios específicos de Hayes et al. (1999), Gutiérrez et al. (2002) y Pérez et al. (2002).

La efectividad de ACT aplicada a diferentes trastornos pero concebidos como trastornos de evitación experiencial ha sido demostrada en numerosos estudios de caso relativos a varios tipos de trastornos (véase la monografía sobre aplicación de ACT en Luciano, 2001).

En conclusión, ACT ha sido aplicada en un amplio abanico de problemas: trastornos afectivos (Zettle y Hayes, 1986; Zettle y Haines, 1989; Dougherty y Hackert, 1994; Luciano y Huertas, 2000), trastornos de ansiedad (Carrascosa, 1999; Luciano y Gutiérrez, 2001), anorexia y bulimia (Heffner, Sperry, Eisert y Detweiler, en prensa), drogas y alcohol (Hayes et al., 2002; Luciano, Gómez, Hernández y Cabello, 2001; Wilson, Hayes y Byrd, 2000), trastorno por duelo (Luciano y Cabello, 2001), trastornos psicóticos (Bach y Hayes, en prensa; García y Pérez, 2001), dolor crónico (Dahl, Nilsson y Wilson, 2002; Geiser, 1992; Luciano, Visdomine, Gutiérrez y Montesinos, 2001; McCracken, 1998), aceptación psicológica del cáncer (Montesinos, Hernández y Luciano, 2001), en un caso de exhibicionismo (Paul, Marx y Orsillo, 1999) o en interacciones familiares problemáticas (Biglan, Lewin y Hops, 1990).

Tomados en su conjunto, las conclusiones que pueden derivarse de estos estudios indican que la terapia de aceptación y compromiso:

- a) Ha mostrado efectividad y eficacia en un número aún reducido, pero muy importante, de estudios controlados.

- b) Es una terapia flexible en la aplicación y ajuste a diversas historias personales y diferentes topografías y características de trastornos tradicionalmente diferenciados en los sistemas taxonómicos al uso.
- c) Se ha comprobado más efectiva que condiciones de control y que tratamientos cognitivo-conductuales validados previamente.
- d) Es una terapia flexible en la aplicación de múltiples ejemplos para producir la alteración de los contextos verbales que sostienen la clase funcional que define el TEE. Dicho de otro, distintas opciones han sido efectivas en conseguir que el cliente elija y camine en la dirección que resulta valiosa para él mientras hace espacio psicológico a los eventos temidos.
- e) Es una terapia que incluye el aprendizaje del afrontamiento de las recaídas como una parte del proceso, siendo este dato revelador y crítico para el cliente en el proceso de la terapia.
- f) Los formatos breves y con más énfasis en los valores y en la exposición a los eventos privados con función aversiva parecen ser diferenciales en sus efectos, pero esto es algo que aún requiere investigación sistemática.

Como terapia novedosa entroncada, no obstante, en las sólidas raíces de la investigación básica y aplicada que hemos recorrido en los capítulos precedentes, la terapia de aceptación y compromiso está necesitada de investigación básica sobre los mecanismos que subyacen a las diferentes estrategias terapéuticas o métodos clínicos que la definen. Investigación que a buen seguro redundará en una mejora sustancial de su aplicación.

Igualmente, la investigación sobre los instrumentos más ajustados para la medición del TEE y el cambio conductual al aplicar ACT es motivo actual de interés y permitirá unificar los criterios y sistemas de medida. Por último, también se ha de potenciar la investigación en protocolos de actuación para trastornos topográficamente distintos.

Con todo, aún permanecen por desvelar muchos interrogantes que dejan abiertas numerosas líneas de investigación y, como en cualquier otra empresa científica, las respuestas a estos interrogantes producirán, con toda seguridad, nuevos interroga-

tes y nuevas vías de investigación. Como terapia que es, las respuestas deberían buscarse en el sentido de avanzar en la resolución más rápida y eficaz posible de los trastornos que incluyan la evitación experiencial como su elemento central.

Estableciendo el contexto para la terapia

5

«... un hombre nada puede desear a menos que antes comprenda que sólo debe contar consigo mismo; que está solo, abandonado en la tierra en medio de sus infinitas responsabilidades, sin ayuda, sin más propósito que el que él mismo se fija, sin otro destino que el que él mismo se forja en la tierra...»

Jean Paul Sartre

Los objetivos centrales en la preparación del contexto para la terapia son: 1) El cliente sabrá —con significado— que el terapeuta trata de entenderlo a él y a su experiencia; 2) El cliente sabrá que lo importante en la terapia son sus valores, y ellos conducirán el tratamiento, y 3) El cliente comenzará a percibir que la incomodidad psicológica puede ser un signo de qué la terapia va en la dirección correcta, siempre que esa incomodidad esté conectada a lo que quiere.

1. EL ESTABLECIMIENTO DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

ACT es una terapia profundamente interpersonal. Afirmamos esto porque en ACT están implicadas dos características que son componentes fundamentales de toda intimidad interpersonal: una es la *vulnerabilidad* y la otra la conforman *los valores*. Si el lector se detiene un momento a pensar en sus relaciones más íntimas, probablemente encontrará que dichas características están en su base, y las personas con las que más

intimamos son las que comprenden nuestros temores y nuestras esperanzas. Cuando los clientes llegan a terapia, nos hablan un poco de las cosas que temen. En ese proceso de lo que temen está necesariamente lo que esperan, lo que quieren. Así, en el proceso de hacer ACT les preguntaremos sobre lo que esperan, lo que quieren en su vida. En vez de mirar hacia los síntomas, la atención será esencialmente dirigida hacia *lo que quieren hacer en su vida*.

El terapeuta tiene la responsabilidad de establecer el contexto del tratamiento desde el comienzo de éste. Un aspecto de ese contexto consiste en fijar el tono emocional que adoptará la relación terapéutica. Muchos terapeutas han sido entrenados en tradiciones teóricas que hacen hincapié en la opacidad y en la distancia que debe adoptar el terapeuta, y las razones que se dan para ello varían. Desde la terapia de conducta clásica frecuentemente se ha propuesto esa actitud como una forma de mantener una perspectiva «científica» y «objetiva». Se supone que esa objetividad permitirá al terapeuta entender los problemas del cliente de un modo tal que lleve a intervenciones más efectivas. Sin embargo,

El Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales

The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders

Alicia Facio¹; María Virginia Abdala²; Jesica Groh³

RESUMEN

Los modelos dimensionales de la psicopatología indican que los trastornos emocionales (del estado de ánimo, de ansiedad, obsesivo-compulsivo, relacionados a traumas y otros) comparten factores de vulnerabilidad y mantenimiento: fuertes emociones perturbadoras, aversión a las mismas y utilización de estrategias para evitarlas que, paradójicamente, las intensifican y prolongan. David Barlow et al. (2011) diseñaron un protocolo transdiagnóstico, el Protocolo Unificado, que apunta a dichos factores. En este trabajo se presentan los fundamentos del tratamiento y los ocho módulos destinados a aumentar la motivación para el cambio; aprender sobre la funcionalidad de las emociones; practicar la conciencia plena; utilizar cogniciones más flexibles que disminuyan la catastrofización de las consecuencias temidas; cambiar las estrategias evitativas por acciones alternativas; tolerar las sensaciones físicas que acompañan a las emociones; exponerse a las emociones más temidas y prevenir recaídas. Una creciente investigación avala la eficacia del Protocolo Unificado.

Palabras clave: Protocolo Unificado, Transdiagnóstico, Trastornos emocionales.

ABSTRACT

Dimensional models of psychopathology indicate that emotional disorders (mood, anxiety, obsessive-compulsive, related to trauma disorders, and others) share factors of vulnerability and maintenance: strong disturbing emotions, aversion to them and use of avoidant strategies that, paradoxically, intensify and prolong them. Barlow et al. (2011) developed a transdiagnostic protocol, the Unified Protocol, to address these factors. This paper presents the treatment rationale and the eight modules aimed at increasing motivation for change; learning about the functionality of emotions; practicing mindfulness; using more flexible cognitions to reduce the catastrophization of feared consequences; replacing avoidant strategies by alternative actions; tolerating the physical sensations that are part of emotions; exposing oneself to the most feared emotions and prevent relapses. Growing research supports the efficacy of the Unified Protocol.

Keywords: Unified Protocol, Transdiagnostic, Emotional disorders.

Recibido: 13-09-2019

Aceptado: 06-11-2019

Citar: Facio, A., Abdala, M. V., & Groh, J. (2019). El Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales. *Investigaciones en Psicología*, 24(2), pp-24-32. doi:10.32824/investigpsicol.a24n2a23

^{1 2 3} Asociación de Terapia Cognitiva y Conductual del Litoral (ATCCL). Entre Ríos, Argentina. cognitivalitoral@hotmail.com

Introducción

El modelo HiTOP (Taxonomía Jerárquica de la Psicopatología) surgió del esfuerzo de un grupo de cuarenta destacados investigadores que intentaban mejorar la limitada validez y confiabilidad de las taxonomías tradicionales (Kotov et al., 2017). La delimitación arbitraria entre psicopatología y normalidad, la diferenciación poco clara entre distintos trastornos, la altísima comorbilidad, la heterogeneidad dentro de los trastornos y la inestabilidad diagnóstica son importantes deficiencias de las taxonomías categoriales vigentes. Partiendo de análisis factoriales de síntomas, signos y rasgos de la personalidad, dichos investigadores encontraron un modelo que supera las limitaciones antedichas. Está compuesto por dimensiones y subdimensiones de la psicopatología que agrupan síndromes y trastornos.

En la dimensión psicopatológica *Trastorno del Pensamiento* cargan los trastornos del espectro esquizofrénico, los del ánimo con síntomas psicóticos, la manía y los trastornos de la personalidad esquizotípico, esquizoide y paranoide. En la dimensión *Externalizante Desinhibida*, las subdimensiones abuso de sustancias y comportamiento antisocial (personalidad antisocial y los trastornos de conducta, déficit de atención con hiperactividad, oposicionista-desafiante y explosivo intermitente). En la dimensión *Externalizante Antagonista*, los trastornos de la personalidad narcisista, límite, histriónico, paranoide y también el comportamiento antisocial. En la dimensión *Retraimiento*, los trastornos de la personalidad esquizoide, evitativo y, correlacionando negativamente, el trastorno histriónico.

La dimensión denominada *Internalizante* incluye las subdimensiones *malestar*, *miedo*, *patología alimentaria y problemas sexuales*. En la primera, cargan los trastornos depresión mayor, distimia, ansiedad generalizada y estrés postraumático y el trastorno límite de la personalidad (que también lo hace en *Externalizante Antagonista*). En la subdimensión *Miedo* cargan los trastornos de pánico, obsesivo-compulsivo, ansiedad de separación, ansiedad social, agorafobia y fobia específica. Bulimia, anorexia y trastorno de atracones cargan en *Patología alimentaria y problemas sexuales*, el bajo deseo, las dificultades de excitación y orgásmicas y el dolor sexual. En lo referente a los trastornos somatomorfos, hay evidencia contradictoria sobre si formarían parte de la dimensión *Internalizante* o constituirían otra dimensión.

Al superar las limitaciones de las nosologías vigentes, el modelo dimensional de la psicopatología permite mejorar la práctica clínica y la investigación sobre los factores de riesgo, etiología, curso de la enfermedad y respuesta al tratamiento de los trastornos mentales. Un ejemplo de ello es la línea de investigación que llevó al desarrollo de un tratamiento transdiagnóstico para las subdimensiones *malestar* y *miedo* de los trastornos internalizantes: el Protocolo Unificado para los Trastornos Emocionales (Barlow et al., 2011).

Líneas de investigación que condujeron al desarrollo del Protocolo Unificado

1. Los trastornos emocionales tienen muchas características en común

1.1. Se han encontrado altas tasas de comorbilidad transversal (en el mismo momento) y longitudinal (en distintos momentos de la vida). Por ejemplo, 55% de 1127 pacientes de la Universidad de Boston con un diagnóstico principal de trastorno de ansiedad también tenían al menos un diagnóstico adicional de ansiedad o depresión en el momento de la evaluación. Si se incluían los diagnósticos a lo largo de la vida, la tasa subía a 76% (Brown et al., 2001).

1.2. Los tratamientos psicológicos para un trastorno emocional frecuentemente generan mejorías en trastornos comórbidos de ansiedad o del ánimo a los cuales no se apuntó específicamente durante el tratamiento. Por ejemplo, luego de tratar específicamente el Trastorno de Pánico, la comorbilidad declinaba del pre-tratamiento al pos-tratamiento de 40% a 17% (Brown et al., 1995). Otro ejemplo, una variedad de trastornos emocionales responden en la misma medida a la medicación antidepresiva. Estos hallazgos podrían significar que los tratamientos específicos apuntan a rasgos subyacentes que son centrales en todos los trastornos emocionales, al menos en cierta medida.

1.3. La investigación en neurociencia afectiva sugiere que los trastornos emocionales comparten mecanismos neurobiológicos. Por ejemplo, la incrementada emocionalidad negativa que caracteriza a los trastornos emocionales se asocia con hiperexcitabilidad de las estructuras límbicas y limitado control inhibitorio por parte de las estructuras corticales (Shin & Liberzon, 2010). Específicamente, se comprobó un incremento del procesamiento *bottom-up* y una desregulación de la inhibición cortical ante la respuesta de la amígdala en pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno de Ansiedad Social, Fobia Específica, Trastorno de Estrés Postraumático y Depresión.

2. Estructura jerárquica de los trastornos emocionales

La segunda línea de investigación, referida a las dimensiones que subyacen a todos los trastornos emocionales, reveló dos dimensiones básicas de la personalidad: Neuroticismo y Extraversión (Brown & Barlow, 2009). Neuroticismo, también llamada afecto negativo, inhibición conductual o ansiedad-rasgo, es la tendencia a desarrollar emociones negativas frecuentes e intensas que se experimentan como incontrolables en respuesta al estrés. Extraversión, también llamada afecto positivo o activación conductual, se refiere a tener una visión positiva del mundo, una disposición a la actividad y la sociabilidad. Neuroticismo y Extraversión tienen papeles claves para explicar la aparición, superposición y mantenimiento de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. Muchos autores a lo largo de décadas se han referido a estas dimensiones y prominentes teorías de la personalidad como la teoría de los Tres Grandes (Eysenck,

1950) y la teoría de los Cinco Grandes (McCrae & Costa, 1997), incluyen estas dimensiones.

Brown et al. (1998) confirmaron que una estructura jerárquica explica los trastornos emocionales: Neuroticismo y Extraversión son los factores de alto rango con caminos que van desde Neuroticismo a Trastorno de Ansiedad Generalizada, Ansiedad Social, Pánico, Obsesivo-compulsivo y Depresión Mayor. La baja Extraversión evidencia caminos hacia Trastorno de Ansiedad Social, Depresión Mayor y Agorafobia. Muchos otros grupos de investigación replicaron estos hallazgos.

3. Reacciones negativas a la experiencia emocional

Los individuos con trastornos emocionales no sólo experimentan emociones negativas más frecuentes e intensas, sino que, además, tienen mayor dificultad para aceptarlas (Brown & Barlow, 2009). Como no las toleran, intentan disminuirlas. Por ejemplo, en el Trastorno de Pánico la persona se vuelve hipervigilante a los síntomas físicos que forman parte del pánico porque los interpreta como señal de que vendrá un nuevo ataque; la ansiedad anticipatoria así generada exagera, a su vez, los síntomas somáticos y cognitivos. Esto no sucede en los individuos que, aunque tuvieron ataques de pánico, no desarrollaron un trastorno. La reacción emocional negativa ante el pánico es más importante para generar un Trastorno de Pánico que los ataques mismos. Otro ejemplo, cuando los individuos con Trastorno de Ansiedad Generalizada se enfrentan a una situación potencialmente estresante tratan de disminuir sus emociones verificando o preocupándose -un intenso proceso verbal-lingüístico que activa estructuras cerebrales que disminuyen el nivel de la emoción-, algo que no hacen los individuos que no sufren de dicho trastorno.

Aprendizajes tempranos específicos explican las diferencias entre distintos trastornos emocionales, pero los mecanismos psicopatológicos centrales son la aversión a las emociones negativas y los esfuerzos subsiguientes de disminuir la experiencia emocional.

Desarrollo del Protocolo Unificado

Barlow et al. desarrollaron el Protocolo Unificado para los Trastornos Emocionales a partir de 2004 (Barlow et al., 2004). En 2011 publicaron un manual para el terapeuta y otro para el paciente con el objeto de facilitar su diseminación. Cuatro años después, en un único tomo, fue traducido al español (Barlow et al., 2015). La segunda edición revisada (Barlow et al., 2018) aún no ha sido traducida.

El objetivo del Protocolo Unificado (PU) es ayudar a los pacientes a reconocer y comprender sus emociones y responder ante ellas en forma más adaptada, esto es, tolerarlas sin tratar de evitarlas ni sucumbir automáticamente a sus tendencias de acción. Cambiar la respuesta desadaptada disminuye la intensidad y frecuencia de las emociones perturbadoras.

El PU consiste de ocho módulos de tratamiento a

desarrollarse en 12 a 18 sesiones individuales de 50 ó 60 minutos de duración, con una frecuencia semanal. Un número flexible de sesiones pueden dedicarse a cada uno. Los módulos se describen, a continuación, siguiendo los lineamientos propuestos en la Guía para el Terapeuta, edición revisada (Barlow et al., 2018).

Módulo 1. Aumentar la motivación y establecer objetivos

Se utilizan los principios y técnicas de la entrevista motivacional de Miller y Rollnick (2013) para aumentar la motivación para el cambio, debido a que la investigación reveló que incluirlos mejora los resultados del tratamiento de los trastornos de ansiedad (Westra et al., 2009). Además, definir metas para el cambio conductual concretas y específicas ayuda al paciente a incrementar la confianza en su habilidad para alcanzar un cambio exitoso.

Los objetivos implican que el paciente:

a) Defina, en colaboración con el terapeuta, objetivos específicos y realistas de tratamiento y cuatro o cinco pasos que conduzcan, gradualmente, al logro de cada uno de ellos.

b) Comprenda la importancia de la motivación para el buen resultado del tratamiento. Como la ambivalencia es un elemento natural del proceso de cambio, el terapeuta responde a ella sin juzgar sino mostrando empatía. Usa preguntas abiertas y escucha refleja. Reflejarle al paciente su propia lucha demuestra que el terapeuta reconoce tanto la ambivalencia como el deseo de cambiar. Incluso pacientes que inician el tratamiento en la fase *acción* del modelo de Prochaska pueden tener una disminución de su motivación en algún momento del tratamiento, por ejemplo, antes de iniciar las exposiciones.

c) Explore los costos y beneficios del cambio y los costos y beneficios de permanecer igual. Se pretende así identificar potenciales obstáculos para el cambio.

Se espera que este módulo prepare a los pacientes para aprender el contenido de los módulos centrales.

Módulo 2. Comprender las emociones

Los objetivos de este módulo consisten en que el paciente:

a) Desarrolle una comprensión más flexible de las distintas emociones y la función adaptativa de cada una: miedo, ansiedad, tristeza, ira, culpa, vergüenza, alegría, etcétera.

b) Logre mayor conciencia de las emociones, particularmente de la interacción entre sus componentes cognitivos, fisiológicos y conductuales. Comienzan a entender que ellas cumplen una función adaptativa porque brindan información acerca del ambiente y guían la acción apropiada. Entienden, también, los procesos a través de los cuales las emociones llegan a resultarles abrumadoras.

c) Incluya la emoción dentro del esquema Antecedente-Emoción-Conducta. O sea, detecte antecedentes y

consecuencias de la emoción. Los antecedentes pueden ser externos o internos, próximos o distales. Detectando los desencadenantes más característicos, el paciente se da cuenta de que las emociones no salen de la nada, como a veces supone. Además, puede prepararse para tolerar las emociones que teme, desarrollando habilidades para regularlas. La emoción incluye los tres componentes ya mencionados.

Por último, se analizan las respuestas del paciente a la emoción y sus consecuencias a corto y largo plazo. Por ejemplo, cuando alguien se va temprano de una fiesta porque siente gran ansiedad social, esta conducta disminuye la emoción en forma inmediata (refuerzo negativo), pero abandonar las fiestas temprano o ni siquiera concurrir a ellas termina generando un sentimiento de soledad y aislamiento. Es importante que los pacientes tengan en cuenta tanto los efectos positivos a corto plazo como los perjudiciales a largo plazo, ya que están generalmente en conflicto entre sí. Estas motivaciones en pugna conducen a una triste desconexión entre la vida que el paciente quisiera llevar y la vida que lleva, debido a sus esfuerzos por evitar el malestar emocional. Además, evitar la emoción es un mecanismo de mantenimiento del malestar emocional: debido al alivio que experimenta en el corto plazo, el paciente aprende a irse de la fiesta y no aprende que puede tolerar la emoción negativa, dejarla que siga su curso natural hasta que desaparezca.

La psicoeducación del Módulo 2 es clave para que el paciente entienda por qué deberá hacer las exposiciones a las emociones más temidas, las que se llevarán a cabo en el Módulo 7.

Módulo 3. Conciencia plena de la emoción (Mindful emotion awareness)

Este es el primero de los módulos centrales. Los objetivos son que el paciente:

- Entienda los beneficios de observar sus emociones sin juzgarlas y tal como ocurren en el contexto actual, en lugar de remitirse al pasado o a lo que podría suceder en el futuro.
- Practique la toma de conciencia de sus emociones sin juzgar y centrada en el presente, utilizando dos ejercicios formales de meditación en sesión.
- Aplice estas habilidades a las emociones que experimenta en el día a día.

Frecuentemente los pacientes afirman que sus emociones ocurren sin poder referir por qué, que son confusas y parecen fuera de control. Este módulo los ayudará a aplicar los conceptos aprendidos en el Módulo 2 sobre la interacción entre pensamientos, sensaciones y conductas a la experiencia emocional misma. Analizarán las emociones primarias, o sea, la primera respuesta emocional a una situación o recuerdo y aprenderán a distinguirla de la reacción hacia las emociones primarias que tiende a ser negativa, no objetiva y no centrada en la situación presente. Por ejemplo, un paciente depresivo siente tristeza (emoción primaria) y piensa “No debería sentirme así;

soy un flojo; ¿qué pasa conmigo?; nunca saldré de esto”. Y su rumiación genera las emociones secundarias desesperación y desprecio a sí mismo, las cuales mantienen y empeoran su malestar emocional. Con frecuencia, los pacientes no están prestando atención al contexto actual en que ocurren sus emociones y pierden, así, información correctiva valiosa. Por ejemplo, un paciente con trastorno de pánico que experimenta taquicardia puede estar recordando que la última vez que tuvo esa sensación física experimentó un ataque de pánico completo y se concentra en el inminente ataque que cree “inevitablemente” vendrá. El paciente no atiende a la potencial información correctiva: pese a tener taquicardia, en ese momento no está teniendo un ataque de pánico.

Para aprender en sesión estas habilidades, se realizan dos ejercicios. Uno es aplicar la conciencia plena a lo que está ocurriendo dentro de sí mismo (sus pensamientos, sensaciones corporales, tendencias de acción) y a su alrededor en el preciso momento en un contexto emocional neutro. Para ello se utiliza una grabación.

La segunda tarea consiste en practicar esta habilidad durante una experiencia emocional. Con tal fin, el paciente trae a la sesión un tema musical que le despierte fuertes emociones para aplicar las habilidades de prestar atención centrada en el presente y sin juzgar.

El tercer objetivo es que el paciente desarrolle un reflejo condicionado entre una señal (por ejemplo, una respiración profunda) y focalizar su atención en el momento presente. Una vez desarrollado, se lo alienta a utilizar la señal en los momentos de malestar emocional. Luego de redirigir la atención, debe realizar un rápido “chequeo de tres puntos”, consistente en observar qué pasa en cada uno de los tres dominios de la experiencia emocional con objetividad y aceptación. El paciente debe preguntarse “¿Qué emociones estoy experimentando ahora?”, “¿Qué estoy haciendo o siento deseos de hacer ahora?”, “¿Cuáles son mis pensamientos y sensaciones físicas ahora?”. El paciente debe identificar cualquier reacción disfuncional y reemplazarla por respuestas más adaptativas.

Resumiendo, el propósito de este módulo es que el paciente utilice estas habilidades en los momentos de malestar emocional para lograr una perspectiva no crítica y centrada en el presente, que le permita aprovechar la potencial información correctiva proveniente del contexto actual.

Módulo 4. Flexibilidad cognitiva

Como objetivos, se busca que el paciente:

- Comprenda la relación entre pensamientos y emociones.
- Identifique distorsiones en sus pensamientos automáticos negativos y las creencias nucleares de las que surgen.
- Aprenda a pensar más flexiblemente para ver las situaciones de una manera más útil.

El terapeuta ayuda al paciente a entender cómo su

manera de interpretar las situaciones influye sobre sus reacciones emocionales y éstas, a su vez, sobre sus interpretaciones. Estos pensamientos automáticos ocurren rápidamente y son en su mayoría negativos; derivan de creencias nucleares que los pacientes tienen acerca de sí mismos, tales como “Soy un fracaso”, “Soy vulnerable”, etcétera. Se excluyen, así, otras perspectivas potencialmente más útiles.

Si el paciente no puede ver las situaciones de otra manera, a estas interpretaciones se les llama “trampas del pensamiento” o distorsiones cognitivas. Hay dos trampas comunes a todos los trastornos emocionales, que son las únicas que se enseñan en el PU. Por un lado, la sobrestimación de las probabilidades, esto es, creer que un resultado negativo es más probable de lo que es. La segunda distorsión, catastrofizar, se refiere a pensar que el resultado temido tendrá desastrosas consecuencias que no podrá manejar o tolerar. Al paciente se le enseña a identificar estos sesgos y a usar estrategias de reevaluación en consonancia con la terapia cognitiva estándar.

Módulo 5. Contrarrestar las conductas disfuncionales de regulación de las emociones perturbadoras

Los objetivos de este módulo son que el paciente:

a) Comprenda que las conductas con las que afronta la emoción paradójicamente incrementan su intensidad y duración.

b) Identifique los diferentes tipos de conductas disfuncionales que utiliza.

c) Desarrolle acciones alternativas en su reemplazo.

Se analizan con el paciente las consecuencias negativas del afrontamiento evitativo de la emoción: 1º) al impedirse experimentarla a pleno, la emoción no se resuelve naturalmente y el malestar emocional se mantiene; 2º) no descubre que sus expectativas negativas no se cumplen, o sea, no se produce la extinción; y 3º) no aprende estrategias de regulación de la emoción más adaptativas.

El terapeuta explica cinco tipos de estrategias disfuncionales ante la emoción: la evitación conductual manifiesta, la evitación sutil, la evitación cognitiva, el uso de señales de seguridad y las conductas para escapar de las emociones intensas. En la evitación conductual el individuo directamente no entra en las situaciones en las que predice se le activarán emociones negativas a las que teme. Por ejemplo, no va al supermercado o al teatro porque podría experimentar un ataque de pánico. Las estrategias de evitación conductual sutil son diversas. Por ejemplo, alguien con TOC forzado a entrar a un baño público abre la puerta con el codo para no sentirse contaminado, o alguien con ansiedad social está en la fiesta, pero concentrado todo el tiempo en su celular.

La evitación cognitiva incluye la distracción, la supresión de los “malos” pensamientos que generan emociones, la disociación, la preocupación y la rumiación. La preocupación y la rumiación también son estrategias evitativas, ya que la persona se concentra en aconteci-

mientos futuros o pasados, en lugar de experimentar a fondo las emociones generadas por la situación presente. Las señales de seguridad son objetos o personas que se utilizan para disminuir el malestar que se anticipa en determinadas situaciones; por ejemplo, objetos que se llevan “por si acaso” (ansiolíticos, celular, gas pimienta, un acompañante junto a quien se siente “seguro”), u objetos “de buena suerte”.

El quinto tipo de estrategia disfuncional es rendirse a las tendencias de acción propias de cada emoción o recurrir al alcohol, las drogas, las lesiones auto-infligidas no suicidas, los atracones de comida, etcétera, cuando ya siente la emoción temida y quiere escapar de ella. Las tendencias de acción de la emoción son universales, producto de la evolución y favorecen conductas generalmente asociadas a la supervivencia: la ansiedad motiva a prepararse para una amenaza futura; la tristeza, a retraerse para procesar la pérdida; la ira, a defenderse porque se está siendo perjudicado. Pero también pueden volverse perjudiciales. Escapar es patológico si no hay una clara amenaza presente, sino que se trata de una falsa alarma. Cuando el individuo se rinde a la conducta que la emoción pide, la intensidad de la emoción se reduce en el corto plazo; por ejemplo, los gritos y amenazas ayudan a liberarse de la ira en el corto plazo, pero se carga a largo plazo con los costos de la ira en las relaciones interpersonales. Lo mismo sucede cuando se recurre al alcohol, los atracones o las autolesiones.

Se trabaja con el paciente para identificar, en cada una de las cinco categorías, cuáles son las estrategias conductuales disfuncionales a las que recurre con mayor frecuencia. Se analiza luego qué conductas llevará a cabo (conductas alternativas) para en lugar de evitar o escapar de las emociones temidas, aproximarse a ellas. Por ejemplo, ir al encuentro y saludar, en lugar de evitar al conocido con quien se cruza en la calle; planificar actividades placenteras, en lugar de rendirse a la conducta de retraerse, generada por la depresión; usar ejercicios de relajación y otras técnicas para tolerar el malestar, en lugar de recurrir al alcohol o a las drogas.

Se alienta al paciente a probar estas nuevas conductas en situaciones de un nivel intermedio de dificultad. Por ejemplo, hablar con un amigo de algún tema difícil, mirar una película que le trae recuerdos dolorosos, etcétera, y analizar sus consecuencias a corto y largo plazo. En el Módulo 7 el paciente se expondrá a las emociones que le resultan más difíciles de tolerar.

Módulo 6. Comprender y confrontar las sensaciones físicas

Este módulo propone que el paciente:

a) Comprenda el efecto de las sensaciones físicas sobre su experiencia emocional.

b) Identifique las sensaciones físicas que experimenta como parte de sus emociones perturbadoras.

c) Se exponga repetidamente a dichas sensaciones a través de ejercicios que aumenten su tolerancia hacia ellas.

La exposición interoceptiva, una parte fundamental del protocolo cognitivo-conductual del trastorno de pánico y la agorafobia, se aplica en el PU a todos los pacientes, ya sea que sufran distintos trastornos de ansiedad o trastornos depresivos. Así como un paciente con trastorno de pánico teme la sensación de mareo porque la interpreta como señal de un ataque inminente, un paciente depresivo puede temer la sensación de opresión en el pecho porque la interpreta como señal de lo desesperante y sin salida que es su situación.

Se ayuda al paciente a identificar qué sensaciones físicas forman parte de sus experiencias emocionales perturbadoras y a comprender que, si las interpreta como peligrosas o intolerables, éstas se intensificarán y prolongarán. Si, por el contrario, las considera normales y no cree que interferirán mayormente en su desempeño, irán disminuyendo y desaparecerán. Para incrementar su tolerancia a estas sensaciones, debe exponerse repetidamente a ellas.

Algunos ejemplos de ejercicios de exposición interoceptiva son: hiperventilar, respirar a través de una pajita, dar vueltas sobre sí mismo, correr en el lugar y cualquier otro que provoque sensaciones físicas en los aparatos respiratorio, vestibular y cardiovascular semejantes a las que teme.

Luego de una demostración por parte del terapeuta, el paciente lleva a cabo diversos ejercicios para determinar cuáles son los que le generan sensaciones parecidas a las que experimenta típicamente en momentos de malestar emocional. Después de cada uno, se le pide identificar qué sensaciones tuvo y cuantificar su intensidad, grado de malestar que le producen y semejanza con las sensaciones que típicamente experimenta. Se le indica completar los ejercicios que demostraron ser más útiles, varias veces al día durante las próximas semanas. El malestar experimentado debería disminuir con la exposición repetida, a medida que el paciente comprueba que sus sensaciones somáticas no son peligrosas como creía.

Módulo 7. Exposición a la emoción

Los objetivos de este módulo son que el paciente:

- Entienda el propósito de exponerse a las emociones.
- Aprenda a diseñar ejercicios efectivos de exposición a las emociones.
- Desarrolle una Jerarquía de Exposición a la Emoción.
- Afronte repetidamente las emociones fuertes que le resultan difíciles de tolerar.

El último de los módulos centrales enfatiza poner en práctica los conceptos aprendidos a lo largo del tratamiento en exposiciones dentro y fuera de la sesión a experiencias emocionales relacionadas con sus síntomas. Las exposiciones a la emoción pueden implicar afrontar situaciones o actividades que desencadenan fuertes emociones previamente evitadas, pero el foco es provocar la emoción, no las situaciones mismas. Algunos ejemplos son: dar una charla en público, viajar en ascensor, recordar un acontecimiento traumático, usar el baño y no

lavarse las manos, mirar una película triste. Las señales interoceptivas identificadas en el módulo anterior se integran en el ejercicio. Las exposiciones a la emoción sirven para reemplazar las interpretaciones acerca de la peligrosidad de las situaciones por otras más adaptadas, revertir la evitación y escape emocional y, lo más importante, extinguir las reacciones de aversión a las experiencias emocionales intensas. Cuando el paciente lleva a cabo las exposiciones en sesión, el terapeuta debe observar el uso de cualquier estrategia de evitación de las que el paciente no tiene conciencia y ayudarlo con cualquier interpretación automática negativa para que la reemplace por otra más apropiada.

Se presenta a continuación la jerarquía de exposición a las emociones de Juan (Barlow y Farchione, 2018), un caso complejo debido a la alta comorbilidad: su psicopatología cumplía los criterios para trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno depresivo mayor, leve, y trastorno por déficit de atención.

Los objetivos que él definió para su tratamiento eran “no permitir que el miedo a un ataque de pánico me impida hacer lo que quiero hacer (por ejemplo, cortarme el pelo, ir al dentista, a partidos de básquet, a reuniones familiares, a clase, etcétera)”;

“aprender a no preocuparme por minucias y no permitir que la preocupación interfiera con mi productividad” y “cursar normalmente en la facultad”.

Jerarquía de Exposición a las Emociones de Juan

	Descripción	Evitación	Malestar
1	Entregar las tareas a tiempo aunque no cumplan mis requisitos perfeccionistas	7	9
2	Ir a fiestas sin que X me acompañe	7	7
3	Contestar los email en menos de 24hs sin reescribirlos ni controlarlos más de una vez	6	6
4	Escribir las tareas en un documento sin hacerle back up	6	6
5	Proseguir con las tareas sin importar lo concentrado que esté	6	6
6	Tocar superficies “contaminadas” sin lavarme las manos	5	6
7	Salir con mis amigos de acuerdo a lo planeado	4	4

Como puede verse, en la jerarquía se mezclan objetivos relacionados con sus síntomas de trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de ansiedad social, de pánico y agorafobia.

Módulo 8. Reconocer los logros y mirar al futuro

En la sesión final del tratamiento se repasan los principales conceptos y se revisa el progreso del paciente. Si corresponde, se encontrarán las razones de la falta de mejoría o de las limitaciones en el logro de los objetivos del tratamiento, tales como un error diagnóstico, falta de adhesión, falta de comprensión de los principios, metas de tratamiento irreales, etcétera. Como es inevitable que surjan futuros hechos estresantes y, como es probable que en algún momento reaparezcan los síntomas, se analizan estrategias específicas para conservar y expandir lo que el paciente consiguió durante la terapia.

Ventajas de un enfoque transdiagnóstico para el tratamiento de los trastornos emocionales

Kennedy y Barlow (2018) consideran que incorporar una perspectiva transdiagnóstica a la conceptualización del caso clínico ofrece los siguientes beneficios:

1. Focalizarse en las características comunes de la psicopatología emocional permite priorizar los factores etiológicos y de mantenimiento que contribuyen a las dificultades del paciente. Revela procesos importantes que podrían no ser capturados por la evaluación en categorías tradicional y facilita tener objetivos de tratamiento eficientes y personalizados.
2. Un enfoque transdiagnóstico está bien preparado para comprender las conexiones funcionales entre síntomas de más de un diagnóstico. Por ejemplo, un terapeuta que trata un paciente cuyo problema principal es el Trastorno Obsesivo-Compulsivo, pero que también tiene ansiedad social subclínica podría planear una exposición en la que se presenta ante nuevos compañeros de trabajo y estrecha sus manos para incrementar simultáneamente su tolerancia a la ansiedad social y a la ansiedad a la contaminación.
3. Un enfoque transdiagnóstico también ilumina el papel de emociones como culpa, enojo, vergüenza que frecuentemente contribuyen a la psicopatología. Como están fuera de las categorías diagnósticas tradicionales, a un paciente que, por ejemplo, experimenta sentimientos de enojo y miedo frecuentes e intensos y recurre a estrategias similares de evitación se lo diagnostica como Trastorno de Pánico y se pasa por alto su problema con el enojo, pese a la disfunción que éste causa.
4. Un enfoque transdiagnóstico puede ayudar a identificar importantes diferencias dentro de una categoría diagnóstica que parece similar en la superficie. Por ejemplo, el trastorno de uso de alcohol de un individuo que lo consume para evitar frecuentes e intensas emociones negativas puede tratarse en forma similar a otros trastornos emocionales. Pero si el trastorno de uso de alcohol se relaciona con una psicopatología externalizante desinhibida más que con una internalizante, otras formas de tratamiento, por ejemplo, la entrevista motivacional, serían las indicadas.

5. Al permitir conceptualizar dificultades heterogéneas como provenientes de los mismos procesos básicos, la conceptualización transdiagnóstica del caso resulta menos abrumadora para terapeutas y pacientes. Los pacientes pueden aliviar el peso de tener dos, tres o más diagnósticos. A los terapeutas, por su parte, se les alivia la carga de elegir en cual trastorno centrarse primero, la difícil pregunta “¿Por dónde empiezo?”, especialmente difícil cuando se trata de casos con trastornos emocionales complejos. Por ejemplo, un individuo puede cumplir los criterios de múltiples trastornos, tales como ansiedad generalizada, trastorno de pánico y depresión mayor y el terapeuta identificar que todos los problemas se deben a que siente aversión por sus frecuentes e intensas emociones negativas. Además, como el enfoque transdiagnóstico es ampliamente aplicable a diversos pacientes, esto lo hace ideal para el terapeuta novicio, ya que lo exime de aprender 10 o 15 protocolos diferentes para tratar los trastornos emocionales.

Sintetizando, detectar las semejanzas entre diagnósticos e inclusive problemas no diagnosticables -porque no existen categorías diagnósticas para ellos o porque los síntomas son subclínicos- permite brindar a los pacientes una explicación más parsimoniosa de sus dificultades y un tratamiento único diseñado para ayudarlos en una gama de problemas.

Varios estudios preliminares demostraron la eficacia del PU. En uno de ellos, un pequeño estudio de 37 participantes con asignación al azar a PU o lista de espera, el PU resultó ser un tratamiento eficaz para una serie de trastornos de ansiedad y los pacientes continuaron mejorando inclusive 18 meses después de terminado el tratamiento (Farchione et al., 2012).

En 2017 se publicó el estudio más importante hasta ahora (Barlow et al., 2017), financiado por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. Se asignaron 223 pacientes con trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad social y trastorno obsesivo-compulsivo a ser tratados con el PU o el protocolo para el trastorno principal o asignados a lista de espera. Los resultados al finalizar los tratamientos y en el seguimiento seis meses después de terminados indicaron claras ventajas de los tratamientos con respecto al grupo control. Por otra parte, el PU fue igual de eficaz -no más eficaz- que los protocolos específicos, tanto al finalizar como seis meses después. Cabe destacar que una menor cantidad de pacientes desertó del PU, en comparación con los protocolos específicos.

También se examinó si el PU cambiaba las dimensiones de la personalidad disminuyendo Neuroticismo (disposición a experimentar emociones negativas) y aumentando Extraversión (disposición a experimentar emociones positivas). Los resultados revelaron que, comparado con lista de espera, el PU produjo efectos entre pequeños y moderados sobre estas dimensiones de la personalidad desde el pre-tratamiento al pos-tratamiento; los cambios se relacionaban con mejorías en el nivel

de funcionamiento y la calidad de vida. Estos resultados subrayan la importancia de evaluar también los cambios en la personalidad cuando se consideran los resultados de los tratamientos.

Conclusión

Para finalizar, todo indica que el PU es el futuro del tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos emocionales. Pero es necesario que muchos otros estudios corroboren que es igual de eficaz que los protocolos específicos, con la ventaja agregada de apuntar simultáneamente a las dimensiones subyacentes de alto Neuroticismo y baja Extraversión. Sobre todo es imprescindible que grupos de investigación independientes de sus creadores de la Universidad de Boston lleguen a las mismas conclusiones. Queda también pendiente comprobar que sea igual de eficaz que los protocolos específicos en el caso de los trastornos depresivos unipolares y por estrés postraumático.

Actualmente Barlow y su equipo investigan la aplicación del PU al trastorno límite de la personalidad, el cual cuenta con fuertes componentes de trastorno emocional; a los trastornos de la alimentación, a los cuales la investigación ubica dentro de los trastornos emocionales; al trastorno bipolar con trastornos de ansiedad comórbidos; a los trastornos de ansiedad con trastorno de uso de alcohol comórbido y a muchas otras patologías (Barlow y Farchione, 2018). Estas aplicaciones están siendo evaluadas recién con estudio de casos, por lo cual falta corroborar su eficacia con metodología más rigurosa.

En la Asociación de Terapia Cognitiva y Conductual del Litoral utilizamos el PU en pacientes con trastornos emocionales desde el año 2013, con resultados muy satisfactorios que se trasuntan al comparar los tests MMPI-2 y NEO-PI-R del comienzo y fin del tratamiento. Con los mismos buenos resultados lo hemos aplicado habitualmente a pacientes con trastorno límite de la personalidad sin intentos de suicidio reiterados ni autolesiones graves ni necesidad de internación (que constituyen la mayoría de los pacientes con dicho trastorno).

Por todas las razones expuestas en este trabajo, recomendamos enfáticamente que los psicólogos clínicos empiecen a estudiar y aplicar el PU.

REFERENCIAS

- Barlow, D. H. & Farchione, T. J. (Eds.). (2018). *Applications of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders*. Oxford University Press.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior therapy*, 35(2), 205-230. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80036-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80036-4)
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Conklin, L. R., Boswell, J. F., Ametaj, A., Carl, J. R., Boettcher, H. T., & Cassiello-Robbins, C. (2017). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 74(9), 875-884. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2164>
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & Ehrenreich-May, J. T. (2011). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. Oxford University Press.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & Ehrenreich-May, J. (2015). *Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales*. Alianza Editorial.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Murray-Latin, H., Ellard, K. K., Bullis, J. R., Bentley, K. H., Boettcher, H. T. & Cassiello-Robbins, C. (2018). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. Oxford University Press.
- Brown, T. A. & Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for assessment and treatment. *Psychological assessment*, 21(3), 256.
- Brown, T. A., Antony, M. M., & Barlow, D. H. (1995). Diagnostic comorbidity in panic disorder: Effect on treatment outcome and course of comorbid diagnoses following treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(3), 408. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.63.3.408>
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R. & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of abnormal psychology*, 110(4), 585-599. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.110.4.585>
- Brown, T. A., Chorpita, B. F. y Barlow, D. H. (1998). Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of abnormal psychology*, 107(2), 179-192. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.107.2.179>
- Eysenck, H. J. (1950). *Dimensions of personality* (Vol. 5). Transaction Publishers.
- Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., Gallagher, M. W., & Barlow, D. H. (2012). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: a randomized controlled trial. *Behavior therapy*, 43(3), 666-678. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.01.001>
- Kennedy, K. A. & Barlow, H. D. (2018). Applications of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: An Introduction. En D. H. Barlow & T. J. Farchione (Eds.). *Applications of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders* (pp. 1-16). Oxford University Press.
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., Brown, T. A., Carpenter, W. T., Caspi, A., Clark, L. A., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Goldberg, D., Hasin, D., Hyman, S. E., Ivanova, M. Y., Lynam, D. R., Markon, K., ... Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): a dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of abnormal psychology*, 126(4), 454. <https://doi.org/10.1037/abn0000258>
- McCrae, R. R. & Costa, P. T., Jr. (1997). Personality trait structure as a human universal. *American psychologist*, 52(5), 509. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.52.5.509>

Miller, W. R. & Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing: Helping people change*. Guilford Press.

Shin, L. M. & Liberzon, I. (2010). The neurocircuitry of fear, stress, and anxiety disorders. *Neuropsychopharmacology*, 35(1), 169. <https://doi.org/10.1038/npp.2009.83>

Westra, H. A., Arkowitz, H. & Dozois, D. J. (2009). Adding a motivational interviewing pretreatment to cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder: A preliminary randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(8), 1106-1117. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.07.014>

Capítulo 9. Módulo 4.

La evaluación y reevaluación cognitiva

(Capítulo correspondiente en el Manual del paciente: 8)

MÓDULO 4

LA EVALUACIÓN Y REEVALUACIÓN COGNITIVA

MATERIALES NECESARIOS

- Imagen ambigua para un ejercicio de la sesión.
- Registro Observando tus interpretaciones.
- Registro de la técnica de las flechas descendentes.
- Registro de identificación y evaluación de pensamientos automáticos.

OBJETIVOS

- Revisar las tareas para casa de la sesión anterior.
- Explicar la relación recíproca entre pensamientos y emociones.
- Introducir el concepto de evaluaciones automáticas.
- Introducir y ayudar al paciente a identificar los errores de pensamiento más comunes.
- Introducir y ayudar al paciente a practicar la reevaluación cognitiva para incrementar la flexibilidad de pensamiento.

RESUMEN INFORMACIÓN CAPÍTULO 8 DEL MANUAL DEL PACIENTE

- La naturaleza de la evaluación cognitiva, incluyendo la influencia recíproca entre pensamientos y emociones.
- Las evaluaciones automáticas y los dos errores de pensamiento más comunes que se dan en los trastornos emocionales. El primero es sobrestimar la probabilidad, cuando la persona considera que la probabilidad de que ocurra aquello temido es muy elevada. La segunda es catastrofizar, cuando la aversión y las consecuencias del suceso se exageran y se subestima la capacidad de hacerle frente.
- Se destaca la importancia de la flexibilidad en la evaluación de las situaciones. Los pensamientos no son «erróneos» o «malos»; más bien se convierten en problemáticos cuando se presentan de manera rígida y empiezan a aparecer de forma automática e indiscriminada en el contexto en el que ocurren.

- La reevaluación cognitiva se ofrece como una forma de aumentar la flexibilidad en la evaluación de las situaciones, no como una forma de eliminar esas «defectuosas» o «erróneas» formas de pensar. Contrarrestar la sobrestimación de la probabilidad implica evaluar objetivamente la probabilidad de que el evento esté ocurriendo en realidad, basado en experiencias previas. Descatastrofizar implica la reevaluación de la aversión de las consecuencias del evento temido, y una evaluación objetiva de la capacidad de hacer frente al evento en el caso de que sí ocurriese.

CONCEPTOS CLAVE

Los conceptos clave de este módulo incluyen una discusión sobre la evaluación y reevaluación cognitiva. Se espera que los pacientes desarrollen una mayor conciencia de la forma en la que interpretan o evalúan las situaciones, y aprendan cómo los pensamientos influyen en el proceso de respuesta emocional. Se trabajará con los pacientes en ayudarlos a desarrollar una mayor flexibilidad de pensamiento. En esta sección, los objetivos para el paciente son:

- Aprender a identificar las evaluaciones automáticas desadaptativas.
- Aprender a reevaluar esas evaluaciones y aumentar la flexibilidad de pensamiento.

1. Revisión de las tareas para casa

Empiece con una revisión de los autoinformes OASIS, ODSIS, y del Registro de progreso de los pacientes, al igual que del Registro del análisis contextual de emociones y CIE. Los pacientes habrán completado el Registro de conciencia emocional centrada en el presente sin juzgar, el Registro de inducción del estado de ánimo, y el Registro de anclaje en el presente. Usted deberá revisar estos registros con el paciente y evaluar su progreso en la capacidad para identificar y evaluar objetivamente su respuesta emocional. Algunos pacientes tienen dificultades para empezar a adoptar una actitud más objetiva hacia sus emociones. También es común para los pacientes informar de las dificultades en trasladar, lo que eran capaces de hacer durante sus primeras prácticas formales (p. ej., Registro de conciencia emocional centrada en el presente sin juzgar), a situaciones más informales del día a día (p. ej., el Registro de anclarse en el presente). Es importante ayudar a los pacientes a reconocer que un ejercicio es un medio para un fin, y el proceso es lo que están practicando, no el ejercicio en sí mismo. En conjunto, estos registros para casa están diseñados para ayudar a los pacientes a empezar a adoptar una actitud más objetiva hacia sus emociones. El primer paso es ayudar a los pacientes a practicar lo que se siente al llevarlos al momento presente utilizando la práctica formal de un ejercicio de mindfulness preseleccionado (Registro de conciencia emocional).

nal centrada en el presente sin juzgar). Esta suele ser una experiencia nueva, y puede ser difícil para los pacientes cogerle el truco, al igual que desarrollar el sentido del equilibrio cuando se está aprendiendo a ir en bicicleta por primera vez. Usted puede ayudar al paciente a practicar esta habilidad mediante un ejercicio en sesión, y que el paciente se comprometa a realizarlo con una actividad cotidiana (p. ej., darse una ducha) y que se centre en la experiencia sensorial durante esa actividad. Esto puede ayudar al paciente a tener una idea mejor de cómo completar este primer paso de la tarea para casa del módulo 3.

Una vez que el paciente ha desarrollado el sentido del proceso «sentir parecido a», es el momento de comenzar a practicar este proceso mientras se hacen tareas diarias, tales como cenar, lavar los platos, o incluso mientras se está dando un paseo (usando el Registro de anclarse en el presente). Esto ayudará a que el proceso comience a parecer más natural, y en última instancia ayudará a los pacientes a aplicar este proceso en el contexto de una respuesta emocional. El Registro de inducción del estado de ánimo es utilizado para ayudar a los pacientes a que comiencen a practicar este proceso en el contexto de sus propias emociones. Este es un paso importante para que los pacientes comiencen a consolidar esta respuesta objetiva en el contexto de las respuestas emocionales autorrelevantes. Cuando esté revisando las tareas para casa del módulo 3 con los pacientes, es importante recordarles continuamente que están desarrollando y fortaleciendo un proceso, o una nueva manera de responder cuando se dan cuenta de que están siendo «empujados» por la intensidad de una respuesta emocional. Esta habilidad servirá como base para los componentes de tratamiento posteriores, por lo que algunos pacientes se beneficiarán de continuar con esta práctica mientras se avanza a través de los próximos módulos del tratamiento.

2. Introducción a la evaluación cognitiva

En la explicación de la evaluación cognitiva, se deben discutir los siguientes puntos:

1. Primero, es importante presentar la idea de que hay un gran número de diferentes aspectos (o estímulos) a los que una persona puede atender o en los que se puede centrar, en una determinada situación. Esta es la forma en la que la mente humana trabaja/sirve como filtro, centrándose en ciertos aspectos de la situación y asignándoles significado, con el fin de aumentar la eficiencia y la velocidad de respuesta en una situación dada. Experiencias del pasado también ayudan a interpretar o evaluar situaciones actuales.

les, y posteriormente esas interpretaciones y evaluaciones son usadas para proyectar lo que podría suceder en el futuro. Es importante transmitir que esto ocurre a menudo de manera inconsciente.

2. Qué aspectos de las situaciones en las que nos focalizamos ayudan a determinar el tipo de emociones que experimentamos. El ejercicio de la imagen ambigua (presentada a continuación) puede ser utilizado para ayudar a los pacientes a identificar cómo sus evaluaciones pueden influir en sus sentimientos o estados de ánimo. Esto puede conseguirse pidiendo a los pacientes que describan cómo diversas evaluaciones desencadenan ciertos sentimientos (por ejemplo, «¿Cómo te haría sentir la interpretación X?»). Esta parte del ejercicio ofrece al terapeuta la oportunidad de ejemplificar la conciencia sin juzgar y la aceptación de los sentimientos, mediante la validación de las reacciones emocionales de los pacientes (p. ej., «Por supuesto que se sentiría Y si interpreta la situación de esa manera. Es natural sentirse Y si X fuera cierto»).
3. Es importante ilustrar cómo las emociones pueden influir en los tipos de evaluaciones (o interpretaciones) que se realizan en una determinada situación. El ejercicio de la imagen ambigua también puede ayudar a ilustrar cómo los sentimientos o los estados de ánimo pueden influir en las evaluaciones. Hemos encontrado que es útil pedir a los pacientes que describan cómo los estados de ánimo o los sentimientos pueden llevarlos a evaluar la situación de manera diferente (p. ej., «Si te sintieras Y, ¿cómo piensas que interpretarías la situación?»). También puede ser útil que los pacientes examinen cómo múltiples emociones (p. ej., miedo, ansiedad, tristeza, o ira) pueden influir en sus evaluaciones. Esta parte del ejercicio ayuda a los pacientes a entender cómo sus sentimientos o estados de ánimo pueden determinar cómo evalúan (o interpretan) las situaciones. Este ejercicio, y las preguntas que pueden realizarse, facilita la presentación a los pacientes del concepto clave de evaluación automática.

3. Demostración de la evaluación cognitiva. Ejercicio de la imagen ambigua

El siguiente ejercicio a trabajar en sesión se puede utilizar para mostrar cuántas interpretaciones diferentes se pueden hacer de una situación, y para observar cómo esas evaluaciones están influidas por el estado de ánimo actual. En primer lugar, presente la imagen ambigua (la imagen se proporciona al paciente en el capítulo 8 del manual del paciente). Mien-

tras esté visualizando la imagen, el paciente debe tomarse un tiempo para considerar diferentes evaluaciones (o interpretaciones) sobre la imagen. Después de que hayan pasado 30 segundos aproximadamente, retire la imagen y pregúntele al paciente sobre su interpretación inicial de la imagen ambigua. Después de identificar la evaluación inicial o automática, podemos ayudar a la generación de interpretaciones alternativas sobre lo que podría estar sucediendo en la imagen. Indique al paciente que anote las interpretaciones en el Registro «Observando tus interpretaciones» del capítulo 8 del manual del paciente.

Nota para el terapeuta

Animar a los pacientes a generar tantas interpretaciones alternativas como sea posible, aunque algunas parezcan poco creíbles. Algunos pacientes tienen dificultades a la hora de generar evaluaciones alternativas. Valide que esto puede resultar difícil al principio, pero que con la práctica se hace más fácil y puede convertirse en algo «mecánico». Enfatice que no hay respuestas correctas y que el objetivo del ejercicio no es cambiar las evaluaciones de manera que sean más «apropiadas» o «mejores». El objetivo no es conseguir la evaluación «buena». Más bien, el objetivo es demostrar que, a pesar de la velocidad con la que generamos las interpretaciones iniciales, otras interpretaciones son posibles.

4. Evaluación automática y errores de pensamiento

Las evaluaciones automáticas nos ayudan a filtrar nuestras experiencias y a responder a las situaciones de manera rápida y eficiente. Es adaptativo en algunas situaciones focalizarse en algunas partes clave de la información y excluir información adicional o evidente. Con el tiempo, las personas desarrollamos una manera o estilo particular de evaluar las situaciones. La investigación ha puesto de manifiesto que las personas con trastornos emocionales son más propensas a aferrarse a las evaluaciones negativas y más pesimistas. Puede ser útil el uso de la interpretación inicial del paciente sobre la imagen ambigua para explicar este punto, o para hacer referencia al ejemplo del jefe/profesor que hay en el capítulo 8 del manual del paciente.

Es importante identificar la evaluación automática principal que está impulsando la respuesta emocional, y no solo las evaluaciones superficiales que a menudo son más fácilmente accesibles. Puede ser de ayuda utilizar la técnica de flechas descendentes para ayudar a los pacientes a identificar sus evaluaciones principales. Por ejemplo, si alguien describe evitando un encuentro social y la evaluación relacionada fue: «No tendré nada que decir a la gente», esto mostrará una desconexión entre la conducta extrema (evitación) y la evaluación automática relativamente moderada. Lo que puede

ser más probable es que el paciente interprete la situación como: «No voy a tener nada que decir, la gente me va a rechazar, y nunca tendré amigos durante el resto de mi vida». El Registro de la técnica de las flechas descendentes del capítulo 8 del manual del paciente puede ser útil para ayudar a los pacientes a identificar sus evaluaciones automáticas principales haciéndoles preguntas como «¿Qué pasaría si esto fuera cierto?» o «Si esto fuera cierto (o si esto sucedió) ¿Qué querría decir sobre ti?».

Ceñirse repetidamente a una sola evaluación (o tipo de evaluación) sobre una situación o evento puede crear un poderoso heurístico, y empezar a excluir otras formas de pensar o interpretar situaciones o eventos. Aunque filtrar información innecesaria sea adaptativo y útil, puede convertirse en un problema cuando una persona continúa filtrando información adicional y excluye otras evaluaciones posibles, incluso más realistas, de la situación. Este filtrado puede dar lugar a incrementar las emociones negativas y, a su vez, a evaluaciones automáticas más generales (p. ej., «Nunca haré nada bien», «No valgo nada», etc.). Así pues, tanto las evaluaciones automáticas y las emociones mantienen este ciclo (nuestras evaluaciones influyen en cómo nos sentimos y nuestros sentimientos influyen en las evaluaciones futuras que haremos).

Dos evaluaciones automáticas comunes o «errores de pensamiento» que a menudo encontramos en personas con trastornos emocionales son *Sobrestimar la probabilidad* (o *Saltar a las conclusiones*) y *Catastrofizar* (o *Pensar lo peor*). Puede ser útil usar ejemplos de los registros del paciente (o de la vida diaria) para trabajar los errores de pensamiento. Trate de poner ejemplos específicos de las evaluaciones que pueden ser más rígidas o problemáticas, ya que la evaluación se centra en un aspecto, o la interpretación de una situación, que puede que no sea útil a largo plazo. También es útil comprobar las evaluaciones automáticas de los pacientes que pueden ser adaptativas: aquellas que filtran información innecesaria y se centran en motivar al paciente a hacer frente a un problema o tarea específica. No obstante, invierta la mayor parte del tiempo discutiendo los tipos de evaluaciones que se interponen en su funcionamiento o en su camino. La información detallada sobre los errores de pensamiento está incluida en el manual del paciente.

5. Reevaluación cognitiva

Los errores de pensamiento mantienen los círculos de respuesta emocional problemáticos a través de la disminución de nuestra flexibilidad de pensamiento, e impidiendo que reconozcamos una amplia gama de diferentes interpretaciones o que tengamos en cuenta el contexto en el que algo ocurre. El problema con estas evaluaciones automáticas no es que sean formas

«malas» o «erróneas» de pensar sino que nos limitan, ya que representan solo una de las múltiples interpretaciones posibles de la situación. Por lo tanto, el objetivo de la reevaluación cognitiva es incrementar la flexibilidad en la evaluación de las situaciones, *no* reemplazar pensamientos malos o «arreglar» las maneras erróneas de pensar.

Una manera de «escapar» de estos errores de pensamiento es prestar atención a las interpretaciones y evaluarlas no como «verdaderas», sino como una posible interpretación de la situación. En lugar de pensar automáticamente que el peor escenario va a ocurrir, es importante empezar a introducir y considerar otras interpretaciones. Los pensamientos sobre el peor escenario todavía pueden estar ahí, pero ellos pueden «coexistir» con otras posibles interpretaciones de la situación. El objetivo es permitir la flexibilidad en nuestros pensamientos, y permitir evaluaciones alternativas de las situaciones que evocan emociones, evaluaciones que están ancladas en la situación presente y tienen en cuenta el contexto actual en el que ocurre.

Para los pacientes es habitual juzgarse o culparse por las interpretaciones automáticas que hacen. Esto puede crear un obstáculo para generar flexibilidad en las evaluaciones porque cuanto más culpa se atribuyan los pacientes a sí mismos, más afecto negativo experimentarán en respuesta a los pensamientos, y más pensamientos negativos tendrán. Es importante ayudar a los pacientes a practicar el ser conscientes de las evaluaciones automáticas sin juzgar, fijándose en la evaluación y permitiendo que pase por sus mentes, en lugar de aferrarse a ella como la *única* manera de interpretar la situación y «dejándose llevar» por ella. El punto clave es ser consciente del error de pensamiento y, teniendo en cuenta el contexto en el que la emoción está siendo experimentada, no considerar el error como la única verdad, sino como una manera de pensar sobre la situación. Esto permitirá incrementar la flexibilidad en el pensamiento.

La reevaluación cognitiva es una habilidad útil para ayudar a romper los círculos de respuesta emocional problemáticos, y se ha encontrado que es una estrategia eficaz para cambiar la forma en la que se experimenta una emoción o un evento. Aprender a generar interpretaciones más realistas y basadas en la evidencia de las situaciones que evocan emociones, facilita la regulación emocional.

Hay dos estrategias de reevaluación que son útiles para aprender a reevaluar las evaluaciones automáticas y llegar así a interpretaciones alternativas. Estas son: contrarrestar la *sobrestimación de la probabilidad* y *descatastrofizar*. Sobre todo es importante ser empático, tanto en relación con la situación como con la experiencia emocional del paciente durante este proceso. Es difícil reconocer algunos de los principales miedos que los pacientes han estado intentando evitar durante mucho tiempo. La propuesta de la reevaluación cognitiva no es eliminar todos los pensa-

mientos relacionados con las evaluaciones negativas, ni es «castigar» a los pacientes por tener interpretaciones negativas. Las estrategias de reevaluación cognitiva son útiles para ayudar a los pacientes a adquirir cierta perspectiva sobre los pensamientos, de manera que los pensamientos negativos automáticos no se alimenten aún más de los círculos problemáticos de respuesta emocional. Reevaluar las evaluaciones automáticas es también una manera útil de facilitar las posteriores exposiciones emocionales, ya que permite diferentes evaluaciones de las emociones cuando estas son experimentadas. Ayudar a los pacientes a practicar la evaluación realista de sus propias evaluaciones proporcionará algo de motivación cuando se enfrenten con la realización de una exposición emocional difícil. Las estrategias de reevaluación cognitiva se discuten con más detalle en el manual del paciente.

6. Casos prácticos

Caso práctico 1

En el siguiente caso, el paciente está teniendo dificultades a la hora de identificar sus pensamientos.

- Paciente —No lo sé. Yo no pensé nada. Quiero decir, yo solo tenía que escapar. ¡Tenía que salir de allí de inmediato!
- Terapeuta —¿Qué recuerdas sobre los pensamientos que tenías mientras estabas de pie delante de toda la gente?
- Paciente —Estaba pensando en la presentación que se suponía que iba a dar.
- Terapeuta —¿Estabas haciendo alguna predicción específica sobre cómo te iba a salir? o ¿Tenías alguna preocupación sobre qué podía suceder?
- Paciente —Bueno, yo estaba bastante seguro de que iba a ir mal, al igual que la última vez que traté de hacer una presentación. Estaba muy preocupado de que la gente se diera cuenta de lo ansioso que estaba, y creo que no sabía ni de lo que estaba hablando.

Caso práctico 2

En el siguiente caso, el terapeuta usa la técnica de las flechas descendentes para ayudar a la paciente a identificar las evaluaciones principales que le llevaron a cancelar la cita.

- Paciente —Entonces, cancelé la cita que había programado la semana pasada.
- Terapeuta —¿Qué pasó?

- Paciente —Estaba preparándome para ir a la cita a ciegas y empecé a sentirme muy ansiosa.
- Terapeuta —¿Qué notaste mientras te preparabas para la cita?
- Paciente —Noté algunos de los síntomas físicos habituales, como el aumento del latido cardíaco y algo de sudoración. Me preocupaba que no tuviese nada que decir. Estaba tan ansiosa que solo llamé y dije que lo sentía, pero que no podía hacerlo.
- Terapeuta —Suena como si estuvieses muy preocupada por no tener nada que decir en la cita. Tengo curiosidad. ¿Qué pasaría (o qué querría decir sobre ti) si no tuvieses nada que decir?
- Paciente —Bueno, supongo que si yo no tuviese nada que decir, mi cita pensaría que soy aburrida.
- Terapeuta —¿Y que pasaría si pensara que eres aburrida?
- Paciente —No me invitará a una segunda cita.
- Terapeuta —Vale, y si tu cita pensara que eres aburrida y no te invitara a una segunda cita, ¿qué pasaría después?
- Paciente —Entonces nadie querrá tener una cita conmigo y estaré sola para siempre.

7. Gestión de problemas

Como se ilustra en el caso práctico 1, algunos pacientes pueden tener dificultades a la hora de identificar sus pensamientos. Muchas veces, estas personas se centrarán tanto en la intensidad de la emoción que, efectivamente, «ignoran» los eventos o momentos que preceden a su reacción. En casos como estos, puede ser útil guiar al paciente «a volver atrás en el tiempo», al momento antes de que él o ella estuviesen en la situación, o cuando él o ella acababan de entrar en la situación, para ayudar al paciente a comenzar a identificar sus evaluaciones automáticas. En el caso práctico 1 el terapeuta ayuda al paciente a identificar qué tipo de pensamientos estaba teniendo antes de la situación (p. ej., hacer una presentación) y su respuesta en la situación (p. ej., el intenso deseo de huir). En casos como este los pacientes se beneficiarán con mayor probabilidad de focalizarse en, y practicar con, la identificación de sus evaluaciones automáticas, antes de pasar a la reevaluación cognitiva.

Otro obstáculo importante que puede surgir mientras se llevan a cabo las intervenciones que se presentan en este capítulo es cuando los pacientes identifican una evaluación, pero hay una notable desconexión entre la naturaleza de la evaluación y la intensidad de la respuesta del paciente en esa situación. La desconexión entre la conducta del paciente y su evaluación de la situación es una señal de que el paciente no ha identificado su evaluación automática principal. Como se ilustra en el caso práctico 2, el terapeuta usa la técnica de las flechas descendentes

para identificar la evaluación principal que está llevando al paciente a tener esa respuesta emocional en esa situación (p. ej., llamar para cancelar la cita). Es muy relevante identificar la evaluación principal para así maximizar el beneficio de la reevaluación cognitiva. La técnica de las flechas descendentes es útil para ayudar a los pacientes a entender esta desconexión.

A veces, las personas que experimentan cogniciones intrusivas (p. ej., obsesiones o preocupaciones) se centran, de manera fija, en evaluar la probabilidad *actual* de que ocurra el evento pudiendo convertirse, en sí mismo, en una forma de evitación cognitiva. En estos casos, es útil redirigir a los pacientes desde la evaluación de las probabilidades a la evaluación de su capacidad para hacer frente a las consecuencias, y al significado que están atribuyendo al evento si este fuese a suceder. Además de reorientar a estas personas a evaluar las consecuencias asociadas a ese evento temido, también puede ser útil establecer un tiempo límite para utilizar la habilidad de reevaluación, y así nos aseguramos de que no quedan atrapados en un círculo de evitación cognitiva.

8. Tareas para casa

- Indicar al paciente que continúe con el seguimiento de los progresos, completando los autoinformes OASIS y ODSIS y el Registro de progreso.
- Pedir al paciente que trate de usar el Registro de las flechas descendentes del capítulo 8 del manual del paciente para identificar las evaluaciones automáticas centrales de registros anteriores (p. ej., el Registro de análisis contextual de emociones y CIE).
- El paciente debe utilizar el Registro de identificación y evaluación de pensamientos automáticos para supervisar las evaluaciones y las emociones. Explicar al paciente que debe completar solo las 4 primeras columnas (situación/desencadenantes, evaluación automática, la emoción y la identificación de errores de pensamiento).
- Una vez que el paciente ha identificado las evaluaciones automáticas, él o ella debe iniciar el proceso de reevaluación, si siente que el paciente está preparado (lea la nota para el terapeuta abajo). Entrene al paciente a que genere, al menos una evaluación alternativa para cada una de las evaluaciones automáticas (aunque generar más de una alternativa puede ser útil también) y que lo anote en la última columna del Registro de identificación y evaluación de pensamientos automáticos. Recuerde al paciente que el objetivo no es creer completamente en una nueva interpretación, sino más bien dejar que coexistan con las evaluaciones automáticas negativas. Nin-

guna de las interpretaciones es necesariamente correcta: son ejemplos de una amplia gama de interpretaciones posibles.

Nota para el terapeuta

Algunos pacientes necesitan más práctica con la evaluación cognitiva que otros, y pueden requerir más tiempo para hacer frente a todo el material en una sola sesión. Por lo tanto, puede asignar las cuatro primeras columnas del Registro de identificación y evaluación de pensamientos automáticos, para después de una sesión, y posteriormente asignar la reevaluación cognitiva (la última columna) en la siguiente sesión. Para los pacientes que son capaces de entender todos los conceptos en una sola sesión, puede mandar sin problemas la tarea por completo del Registro de identificación y evaluación de pensamientos automáticos.

Debe recomendar al paciente que continúe practicando las habilidades mencionadas en módulos anteriores. Por ejemplo, puede ser útil para los pacientes que hayan completado el capítulo 7 del manual del paciente que continúen practicando la conciencia centrada en el presente usando el Registro de anclarse en el presente. Mientras que el principal objetivo de las tareas para casa es practicar las habilidades aprendidas en este capítulo, usted tiene la libertad de solicitar uno o dos ejercicios (o registros) de capítulos anteriores, si la práctica adicional es beneficiosa.